

市 町 名	
被保険者番号	

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届出書

届出者氏名		被保険者との関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被保険者番号								
被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名							
	個人番号							
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日			
	住 所							
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当			<input type="checkbox"/> 非該当				

※この欄は長期入院該当者のみ記入してください。			入院合計日数（ 日間）			
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				

(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長

※該当する項目を☑としてください。

1. 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

2. 上記の通り、関係書類を添えて入院日数届出書を提出します。

年 月 日

市 町 確 認 欄							
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交付方法	減額区分	証回収	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他（ ）	個人番号カード 通知カード その他 ( )	月 日	窓口 郵送 月 日	低所得Ⅰ 低所得Ⅱ 低Ⅱ長期	回収 月 日 入力 月 日	

