

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 入院日数届書

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	〒 -	
長期入院	該当・非該当		
<p>(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 ㊦</p> <p>(自署の場合は押印不要)</p> <p>電話番号</p>			

この欄は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (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	

【委任欄】 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の受領を次の者に委任します。	
年 月 日	
委任する人	氏名 ㊦ (自署の場合は押印不要)
委任を受ける人	住所
	氏名 (委任する人との関係)
	電話番号