後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者	氏　名		本人との関係	
	住　所		連絡先電話番号	

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	(フリガナ) 氏　名			
	生年月日	□明治 □大正 □昭和　　年　　月　　日		
	住　所			

保険者番号		保険者の名称 及び所在地	富山県後期高齢者医療広域連合 富山県富山市婦中町速星 754 番地	長期入院	□該当　□非該当

ここから下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	

富山県後期高齢者医療広域連合長　様

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・標準負担額の減額を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　　氏　名　　㊞

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	交付方法		□窓口交付(要本人確認) □郵送(□市町村 □広域連合) □その他(　　)		
	本人確認	1　点	□運転免許証(　　) □パスポート　□住基カード(写真有)　□在留カード等　□個人番号カード □身体障害者手帳等(写真確認可) □官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複数 ①	□被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳 □年金証書 □住基カード(写真無)□その他（　　）		
		複数 ②	□学生証 □法人の身分証明書 □官公署の資格証明書(写真有)□その他（知人・聞取り　　課　　）		
		※複数書類の場合は「①が２つ」又は「①１つ+②１つ」が必要			
	備　考		□低Ⅰ □低Ⅱ □低Ⅱ（長期入院該当　　年　　月から） □非該当	市町村受付印	広域連合受付印