後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

	ı I ı -l ∕.	氏	名								、人	と の	関	係				
曲	出者	住	所								連絡先電話番号							
		被保険	者番号							1	固人看	番号						
被		(フリガナ)																
被保険者	氏 名																	
者		生 年	月日	台 口大正	正 □昭和 年 月 日													
		住	所															
保険者番号 保険者の名及び所言							富山富山	県後 県富山	期高断山市婦口) 者医 中町返	療広 夏星 75	域連合 54番地	長期	朝入院	61	□該当	□非該当	
y- y	から下	け長期入	院該当者の	りみ記え	してくださ	(V)					1 7	 院日数台	·計 (日間)		
	から下は長期入院該当者のみ記入してくださ 申請日の前1年間の入院日数							年	月	日	~	年	月	日	(H [H]/	日間)	
1						名	称					•			•			
	入院をした保険医療機関等						主地											
	申請日の前1年間の入院日数						<i>T1</i>	年	月	日	\sim	年	月	月	(日間)	
2	入院をした保険医療機関等						称 主地											
	申請日の前1年間の入院日数						T NG	<u> </u> 年	 月	日	~	年	 月	月	(日間)	
3							称					· ·			-			
	入院をした保険医療機関等					所在	主地											
	申請日の前1年間の入院日数 入院をした保険医療機関等							年	月	日	\sim	年	月	日	(日間)	
4							称 主地											
	申請日の前1年間の入院日数						T LE	<u> </u> 年	月	日	\sim	年	月	日	(日間)	
(5)	入院をした保険医療機関等						称					•			•			
							主地											
富	山県後	期高齢者	医療広域運	車合長	様													
上	記のと	おり、関	係書類を流	たえて後	期高齢者医	療の限	度額適	囿用・村	票準負	担額の)減額	を申請し)ます。					
		年	月	日				rh 3≢.a	±∕.	п. я	7							
\#Z I\ I	申請者 氏名 ※以下の欄は記入しないでください。																	
※ 以	トの欄	は記人し	ンないでく <i>だ</i>	きさい。														
	交 乍	方 法	□窓口爻	を付(要本	《人確認》[□郵送(□市町	「村 □]広域選	直合)	口その)他()			
	本	1 点	□運転免	□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														
	人	1 ////	□身体隨	□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)														
処	確	複 ① □被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳							□年金	注証書	□住	基カート	ヾ(写真	無) 🗆	その)他()
理	認	数 ②	□学生記	子の資格)資格証明書(写真有)□その他(知人・開取						ŋ	課)						
7.		※複数書	碁類の場合 に	は「①が	2つ」又に	t 「① 1	つ+②	1つ」	が必要	更								
欄	1		□低 I									受付印	抻		広域連合受付印		J	
11/19			□低Ⅱ							-								
	備	考	 □低Ⅱ(·	□低Ⅱ(長期入院該当 年 月から)														
			□非該当															