

記入例

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

捨印

館林

届出者名	館林 一郎	本人との関係	長男
届出者住所	館林市城町▲番▲号	連絡先電話番号	0276-▲▲-▲▲▲▲

代理人が来庁される場合に記入

被保険者番号	12345678	個人番号	
フリガナ	タテバヤシ タロウ	性別	男
氏名	館林 太郎		
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
住所	館林市城町〇番〇号		
長期入院			

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	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	すでに「区分Ⅱ」の減額認定証をお持ちの方で、過去12カ月の入院日数が90日を超えた場合、改めて申請することによって長期入院該当となります。該当の方は保険年金課給付年金係までご連絡ください。記入方法、添付資料を案内します。	名称	
所在地			
③		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	名称		
	所在地		
④		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	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) 群馬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・標準負担額の減額を申請します。

令和 〇年〇〇月〇〇日

被保険者の住所・氏名・電話番号を記入し、
朱肉を使う印で押印してください。

申請者 住所 館林市城町〇番〇号

氏名 館林 太郎

電話 0276-〇〇-〇〇〇〇

館林