様式第１０号（第１４条関係）

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

申請（届出）者名		本人との関係	
申請（届出）者住所		連絡先電話番号	
被保険者番号		個人番号	

被保険者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
長期入院		

直近 12 か月の入院日数が 90 日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額がさらに減額されます。
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

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	

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　殿

※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．上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届出書を提出します。

年　　月　　日