## 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

	饭丹	1 同 即 但 区 %	机及领週用	• 徐	卢貝担	. 很似的	心足训	:火1	7 中草	月音 ラ	ヤーノ アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・ア	八元	口奴	加山音
申請(月	届出)							Ž	本人と	:の関係				
申請(月	届出)							j	連絡先	電話番号				
被保険者番号						個人	番号				1			
被	フ	フリガナ						<u> </u>						
保	氏	名												
険	生年月日													
者	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	数合計	(	日間)											
1	申請日の前1年間の入院日数					年	月	月	~	年	月	日	(	日間)
	入院をした保険医療機関等			名 所在	称									
2	申請日の前1年間の入院日数			77111	116	———— 年	月	日	~	 年	月	月	(	 日間)
	入院をした保険医療機関等			名	称									
				所在	E地									
3	申請	申請日の前1年間の入院日数				年	月	月	~	年	月	日	(	日間)
	入院	をした保険医	療機関等	名	称									
	, ,,,	· · · · · · · · · · · · · · · · · ·			E地									
4	申請	請日の前1年間の入院日数				年	月	月	~	年	月	日	(	日間)
	入院をした保険医療機関等 申請日の前1年間の入院日数			名	称									
				所在	:地					-			/	
(5)	中前	日の削1年间	の人院日剱	名	称	年	月	<u> </u>	~	年	月	日	(	日間)
	入院をした保険医療機関等			所在	-									
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	1											