

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書（記入例）

\*太枠内を記入してください。

届出者名	水俣 花子	本人との関係	妻
連絡先電話番号	0966 (61) 1633		

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	123456789123	
被 保 険 者	フリガナ	ミナマタ イチロウ		性 別
	氏名	水俣 市郎		
	生年月日	明治・大正・昭和 10年 10月 10日		
	住所	熊本県水俣市陣内一丁目1番1号		
保険者番号	39432059			
保険者の名称及び所在地	熊本県後期高齢者医療広域連合 熊本県健軍2丁目4番10号			
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	申請日の前の1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 （ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
②	申請日の前の1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 （ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
③	申請日の前の1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 （ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
④	申請日の前の1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 （ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
⑤	申請日の前の1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 （ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	

熊本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

被保険者の氏名をご記入後、押印してください。

申請者 氏名 水俣 市郎

水俣