

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 入院日数届書

申請(届出)者名	申請者の情報をご記入ください。		三鷹 花子	本人との関係	妻
申請(届出)者住所			三鷹市野崎1-1-1	連絡先電話番号	0422-29-9219
被保険者番号	9999999	個人番号	012345678910		
被保険者	フリガナ	ミタカ タロウ		被保険者の情報をご記入ください。	
	氏名	三鷹 太郎			
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日			
	住所	三鷹市野崎1-1-1			
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更に減額されます。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	届出月	入院日数 (日間)
	入院を	
②	届出月	入院日数 (日間)
	入院を	
③	届出月	入院日数 (日間)
	入院を	
④	届出日の前12か月の入院日数	~ ( 日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑤	届出日の前12か月の入院日数	~ ( 日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

入院日数が過去12か月で90日を超える場合のみご記入ください。

- ・対象となる方は、過去12か月間の入院日数が90日を超え、なおかつその期間中、区分Ⅱの減額認定を受けていた方です。
- ・医療機関等の名称・所在地・入院期間をご記入ください。転院している場合はそれぞれご記入ください。
- ・入院日数のわかる病院の領収書等のコピーを添付してください。
- ・申請日の翌日1日から長期入院該当となり、申請日から申請月の月末までは差額支給の対象となります。

申請日と☑をご記入ください。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

※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書を提出します。

令和〇年 〇月 〇日

【 担当処理欄 】

適用	区分Ⅰ	適用(却下)日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印
	区分Ⅱ						
	長期入院						
	却下						