

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 下記申請者と同じ	被保険者との関係	
届出者住所	<input type="checkbox"/> 下記申請者と同じ	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	明・大・昭 年 月 日	
	住所		
	長期入院		負担区分

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	~ (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	~ (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	~ (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	~ (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	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

(宛先) 京都府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限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印