

**後期高齢者医療 限度額適用 認定申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

届出者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（                      ） -		

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ		性 別 男・女
	氏 名		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和      年    月    日	
	住 所	岡崎市	
長 期 入 院	該 当                      非 該 当		

<b>この欄は長期入院該当者のみ記入してください。</b>			入院日数合計（      日間）
	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	
	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	
	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	
	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	

愛知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  
 限度額適用・標準負担額の減額      を申請します。

令和      年      月      日

申 請 者 氏 名

個人番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票・その他（                      ）
記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳 その他（                      ）
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証 診察券・その他（                      ）

<b>認定</b>	受 付 者	入 力
認 定（      年    月    日） 認定区分		日付
却 下（      年    月    日） 却下通知送付		----- 担当
<b>認定区分</b>		
低（非課税） 低（老福） 低（老福・経過） 低（保護） 低（非課税） 低（経過） 低（保護） 現役                      現役                      証交付		
<b>送付</b>		
郵送日・交付日（      年    月    日）		