

(様式第29号)

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

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所	〒	
長期入院	非該当・該当		

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	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	

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項目にレ点を記入してください。

- 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 年 月 日

◎保険医療課処理(こちらには記入しないでください)

受付	確認事項	証交付	チェック
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 受付者印	<input type="checkbox"/> 届出人の本人確認(保険証・免許証・その他[ ]) ) <input type="checkbox"/> 負担区分を確認 <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ ⇒ 世帯未申告者(無・有) 入院日数91日(未満・以上) ⇒ 以上なら長期交付 長期入院該当日は申請日の翌月1日。1日なら申請日 確認方法(レセプト・届出人・病院[ ])・ <input type="checkbox"/> 新年度作成 領収証・資格期間の不足・区分Ⅱ期間の不足)	確認者印   交付者印	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送 発送日 /