

来庁される方(記入される方)の氏名等を記入してください。
 (電話番号は日中連絡がとれるものをご記入ください。)

記入例

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	後期 太郎	本人との関係	子
届出者住所	北本市本町〇丁目 〇〇番地	連絡先電話番号	048-***-****

被保険者番号		※被保険者証(上部)に記載されている被保険者番号を記入してください。	
被 保 険 者	フリガナ	コウキ ハナコ	性別 女
	氏名	後期 花子	
	個人番号	❗記入不要	
	生年月日	S18年 1月 1日	
	住所	北本市本町△丁目 △△番地	
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		被保険者の被保険者番号・氏名・性別・生年月日・住所を記入してください。	
①	申請日の前1年間の入院日数	年	
	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	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	
③	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	
④	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	
⑤	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	

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
 上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用・標準負担額減額認定を申請します。

年 月 日

被保険者の住所・氏名を記入してください。

申請者 住所
 氏名

申請日(記入日)を記入してください。