

後期高齢者医療 限度額適用 申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者番号		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
個人番号			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女

※ この欄は長期入院該当者のみ記入してください。

	申請日の前1年間の入院日数		年 月 日～		年 月 日 (日間)	入院日数合計 (日間)
①	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				

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

年 月 日

申請者 代理人と同じ

住 所 _____

氏 名 _____ 連絡先 () _____

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入して下さい。

代理人 (住所) _____

(氏名) _____ 連絡先 () _____

(被保険者との関係) 配偶者 子 その他 () _____

私は上記の者を代理人と定め、限度額適用、限度額適用・標準負担額減額認定申請にかかる手続きについて委任します。

被保険者 (住所) _____

(氏名) _____ 連絡先 () _____

受付者		入力者	
入院日数の確認	1年以内に90日の入院があるか確認	高額療養費支給口座登録	<input type="checkbox"/> 有⇒現在使用の口座か確認 <input type="checkbox"/> 無⇒高額療養費支給申請書を記入
入院の有無	<input type="checkbox"/> 前月以前の入院 <input type="checkbox"/> 当月からの入院 <input type="checkbox"/> 入院なし	認定区分	<input type="checkbox"/> 低Ⅰ (非課税) <input type="checkbox"/> 低Ⅱ (非課税) <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ
食事差額請求 (前月以前から入院している場合)	<input type="checkbox"/> 領収書有 (食事差額支給申請書を記入) <input type="checkbox"/> 領収書なし (後日申請を案内)	認定年月日	年 月 日【当月1日】 世帯分離など月途中からの非課税世帯は翌月1日
		長期該当認定日	(年 月 1日) 翌月1日
		交付日	年 月 日 交付
		送付日	年 月 日 発送 申請日現在負担区分判定がされていない場合は郵送

※ 申請者確認

個人番号カード・運転免許証・日本国旅券 (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	受付者	入 力	審 査	入力確認
健康保険被保険者証・年金手帳 (基礎年金番号通知書)・年金証書・預金通帳 ・介護保険被保険者証・キャッシュカード・雇用保険受給資格者証・社員証 ・生活保護受給証明書・その他 ()		日付		