

記入例

様式第25号(第19条関係)

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

申請(届出)者名	君津 一郎	本人との関係	子
申請(届出)者住	君津市〇〇2丁目13番1号	連絡先電話番号	0439-56-1179
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
被保険者	フリガナ	キミツ タロウ	
	氏名	君津 太郎	
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日	
	住所	君津市〇〇2丁目13番1号	
長期入院			

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	届出日の前12か月の入院日数	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
②	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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

過去12か月で90日を超える入院がある場合、入院日数のわかる領収書等で確認。
(地域市民センターであれば本庁へ電話確認)

申請書を書いていただく前に、対象者の負担区分を確認してください。
(地域市民センターであれば本庁へ電話確認)
※認定証が必要ない場合があります。

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

※該当する項目を☑としてください。

- 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。

〇年 〇月 〇日