

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		被保険者との関係	
連絡先電話番号	-	-	(自宅 ・ 携帯)

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	〒 -					
保険者番号	3	9	3	6			
保険者の名称及び所在地	徳島県後期高齢者医療広域連合 〒771-0135 徳島県徳島市川内町平石若松78番地1						
長期入院	非該当 ・ 該当		適用区分	区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ			

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			長期入院数合計(日間)			
①	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				
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				

徳島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・標準負担額の減額を申請します。	
年 月 日	申請者 氏名 ㊟

市町村処理欄		(長期該当日) (. .)	広域連合処理欄		
システム 入力年月日	. .	発効年月日	. .	受付日	システム 確認済
職権処理	<input type="checkbox"/> 広域内転入(前保険者からの引継ぎ)のため : 転入日() <input type="checkbox"/> 誤交付のため(区分 ⇒ 区分 に修正・交換)				
長期入院 担当者確認	<input type="checkbox"/> 領収書・入院証明等で確認済みです。 <input type="checkbox"/> 公簿等で確認済みです。(レセプト等) <input type="checkbox"/> 医療機関へ確認済みです。(電話等)				㊟

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	