

後期高齢者医療

（ 限度額適用認定証交付申請書
 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 ）

令和 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住所
 申請者 氏 名
 電 話

限度額適用の認定を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第1項及び第67条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

被 保 険 者 番 号		個人番号
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	住 所	
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。

入院日数合計(日間)

①	申請日の前一年間の入院日数	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	申請日の前一年間の入院日数	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	申請日の前一年間の入院日数	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	申請日の前一年間の入院日数	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	申請日の前一年間の入院日数	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			

区分	非課税 青		現役(3割) 白		本人 確認
	I	II	I	II	

入 力	確 認