

後期高齢者医療 { 限度額適用認定証書交付申請書 }  
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

令和〇〇 年 5 月 15 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

**発効期日は**

- ・申請日（受付日）の属する月の初日
- ・資格取得による申請の場合は資格取得日等条件によって異なります

住所 **長野市緑町1613番地**  
 申請者 氏名 **長野花子**  
 電話 **026-224-8767**

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		<b>22222222</b>	個人番号	<b>2222222222</b>
被 保 険 者	フリガナ	<b>コウキ イチロウ</b>		
	氏名	<b>後期 一郎</b>		
	生年月日	明治・大正・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> <b>10</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日		
	住所	<b>長野市緑町1613番地</b>		
長期入院		該当 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">非該当</span>		

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)
①	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	<p><b>長期入院該当について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「入院日数91日以上」は、区分Ⅱ（非課税Ⅱ）の減額認定証が交付されている申請月以前の12ヶ月の間の入院です。「一般」や「区分Ⅰ（非課税Ⅰ）」の期間は含めません。</li> <li>・入院日数が確認できる書類（領収書等）を必ず添付してください。</li> <li>・以前加入していた国保等の入院日数を含める場合には、併せて国保等の限度額適用・標準負担額認定証の写し等、負担区分の確認の出来る書類を添付してください。ない場合は、高齢者活躍支援課までご相談ください。</li> <li>・長期該当年月日は申請月の翌月初日です。申請月の末日までの食事代の差額は別途申請をいただき、対応することになります。</li> </ul>		
③			
④			
⑤			
⑤			

区分	非課税 青		現役(3割) 白		本人 確認	運転免許証
	I	II	I	II		

入 力	確 認