

限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼入院日数届書の書き方（例）

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	後期 一郎	本人との 関係	子
申請（届出） 者住所	札幌市中央区南2条日14丁目	連絡先 電話番号	012-345-6789

申請の窓口に来た方の
氏名・住所等を記入し
てください。

被保険者番号	00000001	個人番号	000000000001
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏名	広城 太郎	
	生年月日	昭和5年5月5日	
	住所	060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目	
長期入院	該当		

個人番号（マイナンバ
ー）を記入してくださ
い。

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（ 92日間）		
①	届出日の前12か月の入院日数	令和2年10月1日～令和2年12月31日 （ 92日間）
	入院をした保険医療機関等	名称 A市立病院 所在地 A市〇〇北99条99丁目99番地
②	届出日の前12か月の入院日数	～ （ 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	～ （ 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	～ （ 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	～ （ 日間）
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

長期入院（申請日の前
1年間の入院日数が、
91日以上）に該当す
る方は、この欄に記入
してください。

該当する項目にチェッ
クしてください。

- ①長期入院に該当しない場合→1のみ
- ②長期入院に該当し、減額証の交付を希望する場合→1、2の両方
- ③長期入院に該当し、減額証の交付を希望しない場合→2のみ

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

※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。

年 月 日

申請日を記入してください。

〇〇市国民健康保険

長期入院に該当する方
で、申請日の前1年間
に他の保険に加入して
いた場合は、余白に保
険者名を記入してくだ
さい。

長期入院（申請日の前1年間の入院日数が91日以上）に該当する方は、
入院日数のわかるもの（領収書など）をご用意ください。