

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		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号				
被 保 険 者	フリガナ		性別	
	氏名			男・女
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
	住所			
保険者番号	39292016			
保険者の名称及び 所在地	奈良県後期高齢者医療広域連合 奈良県橿原市大久保町302番地 市町村会館7階			
長期入院	該当・非該当(令和 年 月 日)			

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1年間の入院日数		
	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		
	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		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
<p>奈良県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>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</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 (印)</p>			

区分	発効年月日	交付	交付年月日
I・II・長期	月 日	窓口・郵送	月 日

【 月 日】	
転入	障害認定
年齢到達	世帯分離
同居世帯員	加入