

【記入例】

様式第36号（第22条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額

市町担当窓口で申請を行う方（家族、施設職員等）の氏名等を記入してください。

届出者名	広域 連太郎	本人との関係	子
届出者住所	高松市福岡町2丁目3番2号	連絡先電話番号	0123-456-789

被保険者番号	1 9 8 0 0 7 0 2	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者	フリガナ	コウイキ レンゴロウ	性別 男
	氏名	広域 連五郎	
	生年月日	昭和12年 3月 4日	「区分Ⅱ」の限度額適用・標準負担額減額認定証を持っている期間で、申請月を含め過去一年以内に91日以上入院がある場合は「該当」を記入し、それ以外の場合は「非該当」を記入してください。
	住所	高松市福岡町2丁目3番2号	
長期入院	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（ 103 日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成28年 10月 21日～ 平成28年 12月 15日（ 56日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	香川県広域病院
		所在地	高松市福岡町2丁目3番2号
②	申請日の前1年間の入院日数	平成29年 1月 23日～ 平成29年 3月 10日（ 47日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	香川県広域病院
		所在地	長期入院に該当している場合のみ、入院期間等を記入し、入院期間が証明できるもの（領収書等）を添付してください。 ※診療報酬明細書にて確認できる場合は、領収書等の添付は省略可能です。
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	
⑤	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	

香川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。

平成29年 7月21日

被保険者の住所、氏名を記入し、押印してください。

申請者 住所 高松市福岡町2丁目3番2号

氏名 広域 連五郎



