

【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・標準負担額減額認定申請書

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	19800702	個人番号	123456789012	
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		
	住所	高松市福岡町2丁目3番2号		
長期入院	該当	「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90日を越える入院がある場合は「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。		

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（ 108 日間）
①	申請日の前1年間の入院日数	平成27年 1月 2日～平成27年 2月 28日（ 58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27年 4月 22日～平成27年 6月 10日（ 50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
③	申請日の前1年間の入院日数	年間 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 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。
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28年 1月 5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

