

【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

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 | |
| | 住所 | 高松市福岡町2丁目3番2号 | |
| 長期入院 | 該当 | | |

被保険者番号、個人番号、被保険者の氏名等を記入してください。

「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。

| | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------------------|--|
| 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（ 101 日間） | |
| ① | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成29年 10月 23日～ 平成29年 12月 15日（ 54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30年 1月 22日～ 平成30年 3月 9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 | 名称 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 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30年 7月20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

