

【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
フリガナ	コウイキ レンゴロウ	性別	男
氏名	広域 連五郎	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。	
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 (〇〇 日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇日間)	
	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	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇日間)	
	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		
	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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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

