

# 【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証交付申請書

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。

申請(届出)者名	広域 連太郎		本人との関係	子
申請(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		
	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		
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。

負担区分が「区分Ⅱ」に該当している期間で、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。

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計 ( 117日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	令和△年 △月 △日～ 令和△年 △月 △日 ( 61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	届出日の前12か月の入院日数	令和△年 △月 △日～ 令和△年 △月 △日 ( 56日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	香川県連合病院
		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	届出日の前12か月の入院日数	年間 月 日～ 年間 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	届出日の前12か月の入院日数	年間 月 日～ 年間 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	年間 月 日～ 年間 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

※該当する項目を☑としてください。

- 1. 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

令和〇年 〇月〇〇日