第１５号様式

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　兼　入院日数届書

申請（届出）者名		本人との関係	
申請（届出）者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被保険者	フリガナ		
	氏　名		
	生年月日		
	住　所		
長期入院			

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限度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（　　日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	～　　（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
②	届出日の前12か月の入院日数	～　　（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
③	届出日の前12か月の入院日数	～　　（　　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	～　　（　　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	～　　（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

※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　　年　　月　　日

第１５号様式

記載例

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　兼　入院日数届書

申請（届出）者名	秦野　花子	本人との関係	妻
申請（届出）者住所	秦野市桜町１丁目３番２号	連絡先電話番号	0463-82-5491

申請書を記入された方の情報をご記入ください

被保険者番号	00000000	個人番号	0000　0000　0000
被保険者 フリガナ	ハダノ　タロウ		
被保険者 氏名	秦野　太郎		
被保険者 生年月日	昭和 10 年 1 月 1 日		
被保険者 住所	秦野市桜町１丁目３番２号		
長期入院			

被保険者の方の情報をご記入ください
※個人番号（マイナンバー）についてはご不明の場合記入は不要です

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限度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（　　日間）			
①	届出日の前 12 か月の入院日数	～	（　　日間）
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	届出日の前 12 か月の入院日数	～	（　　日間）
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	届出日の前 12 か月の入院日数	～	（　　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	～	（　　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	～	（　　日間）
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

※該当する項目を☑としてください

該当する項目に☑を記入してください

☑ 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　3年　4月　1日

記入した日にちをご記入ください