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

申請者名	(届出)				本人との 関係			
申請(届出)					連絡先			
者住所					電話番号			
被保険者番号				個人	番号			
	フリガナ							
被	氏 名							
保	生年月日							
険	住 所							
者	///							
長 1	 朝 入 院							
		 院日数が 90 日を超えるフ		の届出を行	うことで食物	豊に係る限度額が更に減	<u></u>	
		希望する方は、以下もこ		- /ШЩСП	, (12)			
入院	日数合計(日間)						
	届出日の前	 12 か月の入院日数			~	,	(日間)
1	入院をした保険医療機関等		名 称					
			所 在 地					
	届出日の前 12 か月の入院日数 入院をした保険医療機関等		to the		~		(日間)
2			名 称 所 在 地					
	届出日の前 12 か月の入院日数		// IL /I		\sim		(日間)
3	入院をした保険医療機関等		名 称					
			所 在 地					HH)
4	届出日の前 12 か月の入院日数 入院をした保険医療機関等		名 称		~	,		日間)
4)			所 在 地					
(5) F	届出日の前	12 か月の入院日数	// II		~		(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。								
		このとおり、関係書類を流				A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	1 #13	/0
	ለ ተ <u>-</u>	<i>F</i>						
令和 年 月 日								

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

申請(者名	(届出)	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	
				T				$\exists \diagdown$
被保険者番号		00000000	00000000 個		番号	0000 0000	0000	申請書を記
	フリガナ	ハダノタロ	ュウ		<u>, </u>			─ 入された方 ┣ _ の情報をご ┗
被	氏 名	秦野 太郎						記入くださ
保	生年月日	昭和 10 年 1		,				てい J
険者	住 所	秦野市桜町1	^{丁目3番2号} く ※ つ	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				
長期入院			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				
	届出日の前 12 か月の入院日数		~	(日間)	
2	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所 在 地				
	届出日の前 12 か月の入院日数		~	(日間)	
3	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所 在 地				
	届出日の前 12 か月の入院日数		~	(日間)	
4	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 ※該当する項目を図としてください ② 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