

# 記入例

来庁される方(記入される方)の氏名等をご記入ください。  
(電話番号は日中に連絡が取れるものをご記入ください。)

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 届出書

届出者名	後期 太郎	本人との関係	子
届出者住所	北本市本町〇丁目〇番地	連絡先電話番号	048-***-****

被保険者番号	被保険者証の上部に記載されている被保険者番号をご記入ください。		
被 保 険 者	フリガナ	コウキ ハナコ	
	氏名	後期 花子	
	個人番号	※記入不要です。	
	生年月日	S20 年 1 月 11 日	
	住所	北本市本町△丁目△番地	
長期入院	該当	・	非該当

被保険者の方の被保険者番号・氏名・生年月日・住所  
をご記入ください。

①	入院をした保険医療機関等	名称	所在地	年 月 日 (日間)
②	届出日の前1か月の入院日数	名称	所在地	年 月 日 (日間)
③	入院をした保険医療機関等	名称	所在地	年 月 日 (日間)
④	届出日の前12か月の入院日数	名称	所在地	年 月 日 (日間)
⑤	入院をした保険医療機関等	名称	所在地	年 月 日 (日間)

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

※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出書を提出します。

年 月 日

申請日(記入日)をご記入ください。