

後期高齢者医療

限度額適用認定

限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

届出者氏名		本人との関係	本人・その他()
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場() -		

被保険者番号		個人番号		
被 保 険 者	フリガナ		性別	
	氏名			男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住所	豊田市		
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			

※ この欄は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
①	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	
②	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	
③	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	
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	

愛知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 限度額適用・標準負担額の減額 を申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名 ㊞

※窓口に来た人が本人以外の場合は、裏面〔委任欄〕の記載が必要です。(別紙様式 委任状可)

<p>認定</p> <p><input type="checkbox"/> 認定(年 月 日) ⇒認定区分</p> <p><input type="checkbox"/> 却下(年 月 日) ⇒却下通知送付</p> <p>認定区分</p> <p><input type="checkbox"/> 低 I (非課税) <input type="checkbox"/> 低 I (老福) <input type="checkbox"/> 低 I (老福・経過) <input type="checkbox"/> 低 I (保護)</p> <p><input type="checkbox"/> 低 II (非課税) <input type="checkbox"/> 低 II (経過) <input type="checkbox"/> 低 II (保護)</p> <p><input type="checkbox"/> 現役 I <input type="checkbox"/> 現役 II ⇒証交付</p> <p>送付</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送日・交付日(年 月 日)</p>	受付者	入力
		担当

〔 委任欄 〕

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

表面の手続きを委任します。

委任者 (被保険者)	住所	<input type="checkbox"/> 表面の住所に同じ		
	氏名	本人の署名又は記名・押印が必要です (印)	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
受任者 (窓口に来た人)	住所			
	氏名	本人の署名又は記名と押印が必要です (印)	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
	委任者との関係	親族(続柄)・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネジャー・その他 ()		
確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障がい者手帳・その他 ()			
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・その他 () ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの			