

# 【記入例】

第15条の2関係)

R1.5.1改訂版

受付印

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	豊田花子 (窓口に来た人又は記入者)	本人との関係	本人・ <u>その他</u> (妻)
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 ( ●●●● ) ■■ - ▲▲▲▲		

被保険者番号	01234567(8桁)	個人番号	XXXXXXXXXXXX
被 保 険 者	フリガナ	トヨタ タロウ	
	氏名	豊田太郎 (被保険者)	性別 <u>男</u> ・女
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> ●●年 ■■月 ▲▲日	
	住所	豊田市 西町3丁目60番地 (被保険者の住所)	
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

限度額適用

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・標準負担額の減額 を申請します。

令和 ■■年 ●●月 ▲▲日 【窓口に来た人又は記入者が、本人以外の場合は裏面(委任欄)記載】

申請者氏名 豊田花子 印

※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)

<b>認定</b> <input type="checkbox"/> 認定 ( 年 月 日) ⇒認定区分 <input type="checkbox"/> 却下 ( 年 月 日) ⇒却下通知送付	受 付 者	入 力 日付
<b>認定区分</b> <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) <input type="checkbox"/> 低II (非課税) <input type="checkbox"/> 低II (経過) <input type="checkbox"/> 低II (保護) <input type="checkbox"/> 現役I <input type="checkbox"/> 現役II ⇒証交付		
<b>送付</b> <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日 ( 年 月 日)		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 checked="" type="checkbox"/> 表面の住所に同じ		
	氏名	<b>豊田太郎</b> (印) (被保険者) 本人の署名又は記名・押印が必要です	生年月日	明治 大正 ●●年 ■■月 ▲▲日 (昭和)
受任者 (窓口に来た人)	住所	<b>豊田市西町3丁目60番地 (窓口に来た人又は記入者の住所)</b>		
	氏名	<b>豊田花子</b> (印) (窓口に来た人又は記入者) 本人の署名又は記名と押印が必要です	生年月日	大正 (昭和) ●●年 ■■月 ▲▲日 平成
	委任者との関係	(親族) (続柄 妻) ・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			