

後期高齢者医療 限度額適用認定証 交付申請書兼入院日数届書  
限度額適用・標準負担額減額認定証

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 (その他) ( 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)	
	生年月日	明治・大正 (昭和) ●●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

※該当する項目を☑としてください。 限度額適用認定証

1 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療 限度額適用・標準負担額の減額認定証 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。 ※本人以外の場合は(委任欄)記載

令和 ●●年 ■■月 ▲▲日

※窓口に来た人が本人以外の場合は、裏面〔委任欄〕 申請者 氏名 豊田 花子


の記載が必要です。(別紙様式：委任状可)

<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 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 現役 III ⇒ 却下通知送付	受付者	入力
	<input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日( 年 月 日)	

〔 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> (被保険者) 自署の場合は押印不要		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</b> (窓口に来た人又は記入者の住所)		
	氏名	<b>豊田花子</b> (窓口に来た人又は記入者)	生年月日 大正 昭和 平成	●●年■月▲▲日
	委任者との関係	親族(続柄 <b>妻</b> )・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・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書 在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳・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・介護保険負担割合証 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			