

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 (本人)	保険者番号	3	9	4	1					
	被保険者番号									
	個人番号									
	フリガナ									
	氏名								性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住所	〒 - (電話 - -)								
長期入院	該 当 ・ 非該当			負担区分			I ・ II			

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

平成 年 月 日	(記入された方) 申請者	住所	〒 - (電話 - -)
		氏名	被保険者との関係 ()

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 []	受付日 [H . .]	受付者名 []	認定交付 [窓口・郵送] ・ 却 下
申請者確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 () ⑧郵送等による提出のため未確認		
番号確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認		
負担区分確認方法 (右記__番で確認)	①標準システム負担区分管理画面 ②市町で公簿等により確認		
長期入院期間確認方法 (右記__番で確認)	①標準システムレセプト一覧画面 ②入院日数を確認できる証明書類 ③市町で医療機関等に確認 ④食事(生活)療養差額申請書 ※下段に申請期間を記入 ⑤市町で前保険者 () に確認		
※食事(生活)療養差額申請期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月 診療分		
認定証の写し添付確認	<input type="checkbox"/> 確認		