

入力者	受付者

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

届出者名		本人との 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被 保 険 者 番 号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性 別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
長期入院			

ここから下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	～ (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	～ (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	～ (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	～ (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	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

沖縄県後期高齢者医療広域連合 殿

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

印