

申請(届出)者名	姫路 一郎	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	長男	<input type="checkbox"/> 本人
申請(届出)者住所		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	079-221-2315	

被保険者番号	01234567	個人番号	
被保険者	フリガナ	ヒメジ タロウ	
	氏名	姫路 太郎	
	生年月日	明治・大正・昭和・(西暦)	5 年 4 月 1 日
	住所	〒670-8501 姫路市安田四丁目1番地	
長期入院	該当・非該当		

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。  
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計 ( 日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項番をとしてください。

- 1. 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。

令和 2年 5月 1日

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送( / )	交付の有無	交付・却下
			<本人確認>	適用区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ
受付者			書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・	適用開始日	年 月 日
			その他 ( )	長期入院該当日	年 月 日