

届出者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ ） —		

被 保 険 者 番 号			個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	大正・昭和	年	月 日
	住 所	蒲郡市		
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 様

※該当する項目を☑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 限度額適用認定証 の交付を申請します。

限度額適用・標準負担額の減額認定証

□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 年 月 日

申請者 氏名

認定区分 <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 送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（ 年 月 日）	受 付 者	入 力
		日付