

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		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長 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 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（ 年 月 日）	受付者	入力
		担当