

様式第25号(第19条関係)

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		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
保険者番号			
保険者の名称及び 所在地			
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	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	

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

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・標準負担額の減額認定を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名