

様式第 19 号 (規則第 15 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		性別
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
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 殿
 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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

申請者氏名 ㊟

認定 <input type="checkbox"/> 認定(年 月 日) ⇒認定区分 <input type="checkbox"/> 却下(年 月 日) ⇒却下通知送付 認定区分 <input type="checkbox"/> I(非課税) <input type="checkbox"/> I(老福) <input type="checkbox"/> I(老福・経過) <input type="checkbox"/> I(保護) <input type="checkbox"/> II(非課税) <input type="checkbox"/> II(経過) <input type="checkbox"/> II(保護) ⇒証交付 送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日(年 月 日)	受付者	入力
		担当