

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------|---------------|---|------|---|--|--------|--|--|--|
| 被 保 険 者 (本人) | 保険者番号 | 3 | 9 | 4 | 1 | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - (電話 - -) | | | | | | | | |
| 長期入院 | 該 当 ・ 非該 当 | | | 負担区分 | | | I ・ II | | | |

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。

| | | | | | |
|-------------------------|----------------|----------------------|---------------|--|--|
| ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。 | | | 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 | | | |

佐賀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。

| | | | | | |
|-------|----------|----|---------------|--|--|
| 年 月 日 | (記入された方) | 住所 | 〒 - (電話 - -) | | |
| | | 氏名 | 被保険者との関係 () | | |

[市町記入欄]

| | | | |
|--------------------------|--|---------------|--------------------|
| 市町(支所)名 [] | 受付日 [] | 受付者名 [] ・ 郵送 | 認定交付 [窓口・郵送] ・ 却 下 |
| 申請者確認方法 (右記__番で確認) | ①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 () | | |
| 番号確認方法 (右記__番で確認) | ①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認 | | |
| 負担区分確認方法 (右記__番で確認) | ①標準システム負担区分管理画面 ②市町で公簿等により確認 | | |
| 長期入院期間確認方法 (右記__番で確認) | ①標準システムレセプト一覧画面 ②入院日数を確認できる証明書類 ③市町で医療機関等に確認 ④食事(生活)療養差額申請書 ※下段に申請期間を記入 ⑤市町で前保険者 () に確認 | | |
| ※食事(生活)療養差額申請期間 | 年 月 ~ 年 月 診療分 | | |
| 認定証の写し添付確認 | <input type="checkbox"/> 確認 | | |