|  |
| --- |
| 様式第８号の２（第１４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 |  | 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
|  |  |
| 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 |  |
| 鹿児島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　 | 住所氏名 |  |