

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

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		
	住所		

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の適用を申請します。

年 月 日

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 入院日数届出書

申請（届出） 者名		本人との関係	
申請（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		
	住 所		
長 期 入 院			

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さらに減額されます。  
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

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

※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出書を提出します。

年 月 日

### 後期高齢者医療食事療養差額支給申請書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	年 月 日
公費受給者番号				

減額認定証の内容を記載してください。			
交付区分		適用年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）	円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	
発病又は負傷の理由	

差額支給	イ ( - ) 円 × ( ) = ( ) 円	合計
	ロ ( - ) 円 × ( ) = ( ) 円	
	ハ ( - ) 円 × ( ) = ( ) 円	
	ニ ( - ) 円 × ( ) = ( ) 円	
	ホ 却下（理由： )	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店支店 ( )	預金種別	1 普通 2 当座 ( )
	口座番号			
	口座名義人	(カナ) (漢字)		

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

年 月 日  
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

住 所	
電 話 番 号	

被 保 険 者 番 号				
個 人 番 号				
フ リ ガ ナ				
氏 名				
生 年 月 日				
年 中 の 収 入	公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の収入 ( ) 収入	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	合 計	_____ 円	_____ 円	_____ 円

(注)

- ・ 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる後期高齢者医療の被保険者の方、それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。  
※なお、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方がいない場合であってかつ70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。
- ・ 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- ・ 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。  
ただし、1月1日において当市（町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。  
なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

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負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

第三者行為による傷病届

被 保 険 者	氏名			電話番号			
	生年月日	明・大・昭		年	月	日生 ( 歳)	
	被保険者番号						
	個人番号						
	事故発生日	年	月	日	午前・午後	時 分頃	
	事故場所						
	病 院 名			診 療 期 間	・ ・ ~ ・ ・	転 帰 欄	治ゆ・継続・( )
					・ ・ ~ ・ ・		治ゆ・継続・( )
					・ ・ ~ ・ ・		治ゆ・継続・( )
	被保険者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ( )					
相手方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ( )						

相 手 方	氏名				年齢	歳
	住所	電話番号				
	勤務先	電話番号				
	保 険 約 者	氏名				
		住所	電話番号			
	保有者との関係	本人・従業員・親族 (続柄) ・その他				
	自動車	車両番号 (ナンバープレート)				
	自賠責保険	会社名			証明書番号	
任意保険	会社名			担当者名		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

住所

氏名

印

# 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者番号	
-------	--

被保険者番号	
--------	--

支給金額	¥ 20,000 -
------	------------

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ( )	本店出張所 ( )	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号 (7桁)	※右詰でご記入ください。		
	口座名義人	(カナ)	※姓と名の間は1字あけてください。	
		(漢字)		

上記のとおり申請します。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_