

第8号様式

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	
連絡先電話番号	()	—	

被保険者番号			
被保険者	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
保険者番号		39022033	
保険者の名称及び所在地		青森県後期高齢者医療広域連合 青森市新町二丁目4番1号青森県共同ビル1階	

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	～ (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	～ (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	～ (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	～ (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	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

青森県後期高齢者医療広域連合長 様
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。

平成 年 月 日

申請者 氏名

㊞

記入例(赤字部分をご記入ください)

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	※窓口にいっしゃる方のお名前	本人との関係	
連絡先電話番号	() —	←※窓口にいっしゃる方の連絡先	

「妻」「子」「親戚」などの家族・親族以外の場合は、「施設職員」「介護支援専門員」「介護福祉士」「社会福祉士」などの職種名等を記載

被保険者番号		XXXXXXXX		
被保険者	フリガナ	ハチノヘ タロウ		
	氏名	八戸 太郎	性別	男
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日		
	住所	八戸市〇〇△丁目△-△		
保険者番号		39022033		
保険者の名称及び所在地		青森県後期高齢者医療広域連合 青森市新町二丁目4番1号青森県共同ビル1階		

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	~ (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	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; font-size: 24px; font-weight: bold;"> この部分は記入せずにお持ちください。 </div>	
	入		
④	申請日の前1年間の入院日数	~ (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	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

平成〇〇年 〇月 〇日

申請者 氏名

被保険者氏名を記入

八戸 太郎

