

## 様式第38号（第23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				
被 保 険 者	フリガナ		性別	
	氏名			
	個人番号			
	生年月日	年	月	日
	住所			
長期入院	該当 ・ 非該当			

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	

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて  
上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用・標準負担額減額認定を申請します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名