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

届	出 者 名							本人との関係						
届	届 出 者 住 所								連	絡先電話	番号			
被	安保 険	者	番号											
	フ	リン	ガナ											
被	氏		名											
保	個	人	番号											
険	生	年	月日				年			月	日			
者	住		所											
長期入院 該当 ・ 非該当														
				) 日を超える方 う方は、以下も				を行う	こと	で食費に係	る負担額	が更に	こ減額	されます。
				者のみ記入し				数合計	(	日間)				
	届出日の前12か月の入院日数					年	月	目	$\sim$	年	月	目	(	日間)
1	入院をした保険医療機関等				名 称 									
	届出日の前12か月の入院日数					年	月	目	$\sim$	年	月	日	(	日間)
2	入院	をした	:保険医	<u></u> 療機関等	名 称 所在地									
	届出日	日の前	前12か月	の入院日数		年	月	月	$\sim$	年	月	日	(	日間)
3	入院	をした	に保険医	療機関等	名 称 所在地									
	届出日の前12か月の入院			の入院日数		年	月	目	$\sim$	年	月	日	(	日間)
4	入院をした保険医療機関等				名 称 所在地									
	届出日の前12か月の入陸				///	年	月	目	$\sim$	年	月	日	(	日間)
5	入院をした保険医療機関等				名 称 所在地									
培	埼玉県後期高齢者医療広域連合長あて													
※該当する項目をレとしてください。														
□ 1. 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									
				<b>人士伊</b> 除電	エン イルロ	1 1-1	1- > 19	+		工法よわ	,			

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、 高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。 限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要となりますので、 マイナ保険証をぜひご利用ください。