

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	
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	大正・昭和 年 月 日	
	住 所	高知県高岡郡四万十町	
長 期 入 院	該当 ・ 非該当		

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更に減額されます。
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	～ （ 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	

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項目にレ点を記入してください。

- ☒ 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書を提出します。

令和 年 月 日

課長	副課長	係長	担当

◎ 四万十町役場 後期高齢者医療係処理欄

受付	☐ 届出人の本人確認（マイナンバーカード・免許証・保険証・その他〔 ☐ 負担区分確認 ☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ ⇒ 世帯内未申告者（無・有） 入院日数91日（未満・以上）⇒ 以上なら長期交付 長期入院該当は申請月の翌月1日～（1日申請でも翌月） 確認方法（領収書・レセプト・病院〔 〕）	☐ 窓 口	交付者印
☐ 窓 口 ☐ 郵 送 受付者印		☐ 郵 送 発送日	