

記入例

後期高齢者医療 限度額適用・標準負担額減額認定証

この申請書を書いている方の氏名・住所等をご記入ください。

申請（届出）者名	練馬 福美	本人との関係	妻
申請（届出）者住所	練馬区石泉 5-10-5	連絡先電話番号	03-XXXX-XXXX

被保険者ご本人の氏名・住所等をご記入ください。

氏名	練馬 寿太郎	個人番号	123456789012
住所	練馬区石泉五丁目 10 番 5 号		

「個人番号カード」または「通知カード」を確認し、被保険者本人の 12 桁のマイナンバーをご記入ください。不明の場合は、記入していただくことなく結構です。

※長期入院について、詳しくは次ページをご参照ください。

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限度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。※区分Ⅱの方が対象です。

<入院歴記入欄（過去 1 年間の入院状況）>

入院した保険医療機関等		入院期間
①	名称	日～日
②	名称	日～日
③	名称	日～日
④	名称	日～日
⑤	名称	日～日
過去 1 2 か月間の入院日数の合計		日間

過去 12 か月で入院日数が 90 日を超えている方のみご記入ください。調査により、長期入院該当にならない場合があります。

- 対象となる方は、過去12か月間の入院日数が90日を超え、なおかつその期間中、区分Ⅱの減額認定を受けていた方です。
- この欄に、医療機関等の名称・所在地とそれぞれの入院期間を、入院された順にご記入ください。
- 入院された医療機関や入院期間が記載された領収書等のコピーを添付してください。
- 上記の入院期間中に、新規に東京都後期高齢者医療制度に加入された方は、入院期間中に使用していた限度額認定証等のコピーを併せて添付していただくようご協力をお願いいたします。添付のない場合には、お客様の負担区分についてご加入前の保険者に対し照会いたしますので、ご了承ください。

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

- 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。
- 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。（入院日数届の場合✓をつけてください。）

令和 年 月 日

長期入院該当の減額認定証の交付を希望する場合には、下段の口に✓をいれてください。内容を確認の上、申請日をご記入ください。