

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

申請（届出） 者名		本人と の関係	
申請（届出） 者住所		連絡先 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	氏 名		生年月日	
	住 所			

※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：	年 月 日～
	所在地：	年 月 日
②	名称：	年 月 日～
	所在地：	年 月 日
③	名称：	年 月 日～
	所在地：	年 月 日
④	名称：	年 月 日～
	所在地：	年 月 日
⑤	名称：	年 月 日～
	所在地：	年 月 日
過去12か月間の入院日数の合計		日間

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

年度	適 用		受付者	入力者	再検者	受 付 印
	区分Ⅰ	区分Ⅱ 却下 申告	長期該当			
	年 月 日	年 月 日				

「長期入院該当」のご注意

- ・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、負担区分が「区分Ⅱ」であった方です。
- ・該当される方は、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分かる領収書等のコピーを添付して申請してください。
- ・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する場合がありますので、ご了承ください。

※ご不明な場合はお問い合わせください。