

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								被保険者との関係	
連絡先電話番号		— —						(自宅 ・ 携帯)	
被保険者番号				個人番号					
被保険者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日			
	住所	〒 —							
保険者番号	3	9	3	6					
保険者の名称及び所在地	徳島県後期高齢者医療広域連合 〒771-0135 徳島県徳島市川内町平石若松78番地1								
長期入院	非該当 ・ 該当		適用区分		区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ				

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さらに減額されます。
 入院日数の届出を行う方は、以下の欄にもご記入ください。

入院日数合計(日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿	
<input type="checkbox"/> 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・標準負担額の減額認定証の交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 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	

市 町 村 処 理 欄		(長期該当日) (. .)	広域連合処理欄	
システム 入力年月日	. .	発効年月日	. .	受付日
職権処理	<input type="checkbox"/> 広域内転入(前保険者からの引継ぎ)のため：転入日() <input type="checkbox"/> 誤交付のため(区分 ⇒ 区分 に修正・交換)			システム 確認済
長期入院 担当者確認	<input type="checkbox"/> 領収書・入院証明等で確認済みです。 <input type="checkbox"/> 公簿等で確認済みです。(レセプト等) <input type="checkbox"/> 医療機関へ確認済みです。(電話等)		担当者名	

(裏面)

【 記 入 不 要 】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

個人番号確認		身元確認(顔写真の無い場合2点以上 B+Bは不可)		
市 町 村 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス)
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 減額認定証	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり)
		<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証	<input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)
	代理権の確認		代理人の身元確認(顔写真の無い場合2点以上 B+Bは不可)	
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証(国・社・船)	<input type="checkbox"/> 社員証・職員証
	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード
<input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり)	
<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合) ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
			<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)	