

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

マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きなく、高額療養制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要になり、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額が減額されます。
マイナ保険証をぜひご利用ください。（長期に入院されている場合の届出は別途必要です。）

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 届出者住所 | | 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 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担区分 | 低所得Ⅰ | ・ | 低所得Ⅱ | 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 | 年 月 日～ 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 | 年 月 日～ 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 | 年 月 日～ 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 | 年 月 日～ 年 月 日 (日間) | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項目を☑としてください。

- 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