

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

記入される方	
届出者名	後期 花子 のお名前等
本人との関係	配偶者
届出者住所	戸田市上戸田1-18-1
連絡先電話番号	048-441-1800

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者様 (認定証の発行対象となる方) のお名前等
フリガナ	コウキ タロウ	
氏名	後期 太郎	
個人番号	不明な場合は記入不要です。 記入いただく場合、マイナンバーカードの写しを添付してください。	
生年月日	昭和20年1月1日	
住所	戸田市上戸田1-18-1	

長期入院	該当	・	非該当
------	----	---	-----

記入例

(太枠内をご記入ください)

長期入院に関する記載は、減額認定証が発行済で、発行日(有効期間開始日)から起算して過去1年以内に90日以上入院している場合のみご記入ください。

- 上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用・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。

年	月	日
---	---	---

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。