

入力者	受付者

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定交付申請書 兼 入院日数届書

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		
	住所		
長期入院			

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	～ (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	～ (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	～ (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	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

沖縄県後期高齢者医療広域連合 殿

※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・標準負担額減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