印刷ボタン

様式第33号

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者番号			個 人 番 号	
被保険者	フリガナ 氏 名		性 別	◯ 男 ・ ◯ 女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 ー		
長期入院	◯ 該当 ・ ◯ 非該当			

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名 ㊞

電話番号 ー ー

この欄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	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	
⑤	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	

【委任欄】 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊞

委任を受ける人 住 所

氏 名 ㊞ （委任する人との関係 ）

電話番号 ー ー