

記入例（太枠内のみご記入ください）

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	1 2 3 4 5 6 7 8	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被 保 険 者	フリガナ コウイキ タロウ	性 別	男 ・ 女
氏 名	広域 太郎		
生 年 月 日	昭和 3 年 4 月 1 日		
住 所	〒950-0965 新潟市中央区新光町4番地1		
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		

個人番号（マイナンバー）は、「通知カード」や「個人番号カード」等を確認してご記入ください。

（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。

平成●●年●●月●●日

申請者

住所

新潟県●●市●●町●丁目●番●号

氏名

広域 太郎



電話番号

●●●●●-●●●-●●●●●●

申請の日付及び被保険者の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。

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	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	

窓口に来られる方が被保険者以外の場合は、こちらの委任欄にご記入ください。
「委任する人」は被保険者。
「委任を受ける人」は窓口に来られる方となります。

【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