|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第８号（第１３条関係） | | | | | | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | 性別 | |  |
| 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 | | | 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 |  | | | | | | | | |
| 鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　殿  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 | | | | | | |  | |