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		
連絡	先電話	番号		¥		я					
被保険者番号					個。	———— 人 番 号					
	フリガナ							L			
被保険者	氏	氏名					***************************************			性別	
	生年 目	 生年月日						***************************************	S		2
者 	住	所									
長	 期 入	院			STATE S						
IX	加 八	が		(constitue galles		(2)					
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)											
	申請日の前1年間の入院日数						~			(日間)
1	入院を	し, ナー 仮	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		名 称						
<u> </u>					所在地						
	申請日の前1年間の入院日数			院日数	名称		~			(日間)
2	入院を	したほ	保険医療機関等		□ ^{↑↑} 所在地			×			
	申請日の	の前1	年間の入	院日数	W I I I		~			(日間)
3	入院を	1. 1- 15	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			院日数	17 II		~			(日間)
	入院を	したほ	: 険医療機関等		名 称 所在地						
	申請日の前1			院日数	7711270		~			(日間)
(5)	7、1空を1	+_ 4	哈库病	坐 報 日 生	名 称					250	
	スルと	U /_ И	保険医療機関等		所在地						
高知県後期高齢者医療広域連合長様											
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	ഥ	夕				(m)
					中间石	戊	П				(FI)