様式第29号(第20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	
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	～ (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	

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　氏名　㊞