

| | | | |
|-----------|-----------|-------------|--------------|
| 申請(届出)者名 | 国分寺 太郎 | 本人との関係 | 子 |
| 申請(届出)者住所 | 国分寺市戸倉1-6 | 連絡先電話番号 | 042-325-0111 |
| 被保険者番号 | 12345678 | 個人番号 | 123456789123 |
| 被保険者 | フリガナ | コクブンジ ハナコ | |
| | 氏名 | 国分寺 花子 | |
| | 生年月日 | 昭和20年4月1日 | |
| | 住所 | 国分寺市戸倉1-6-1 | |
| 長期入院 | | | |

届出者名、本人との関係、届出者住所、
連絡先電話番号をご記入ください。

「通知カード」又は「個人番号カード」を確認し、被保険者本人の12桁の「マイナンバー（個人番号）」を記入してください。不明の場合は、記入不要です。

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

| | |
|-------------|-----------------------|
| 入院日数合計（ 日間） | |
| ① | 届出日の前12か月の入院をした保険医療機関 |
| ② | 届出日の前12か月の入院をした保険医療機関 |
| ③ | 届出日の前12か月の入院をした保険医療機関 |
| ④ | 届出日の前12か月の入院をした保険医療機関 |
| ⑤ | 届出日の前12か月の入院をした保険医療機関 |

この欄は記入不要です

1.にチェックを入れてください

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

※該当する項目を☑としてください。

1. 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

年 月 日

【 担当処理欄 】

| | | | | | | | |
|----|-------------------|---------|-------|-----|-----|-----|-----|
| 適用 | 区分 I 区分 II 長期入院却下 | 適用(却下)日 | 年 月 日 | 受付者 | 入力者 | 再検者 | 受付印 |
|----|-------------------|---------|-------|-----|-----|-----|-----|