

記入例

申請書を書く方の氏名等
をご記入ください。

被保険者の個人番号（マイナンバー）をご
記入ください。
※個人番号（マイナンバー）が記入されて
いない場合でも、氏名・生年月日等で被保
険者が確認できれば受付いたします。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

申請(届出)者名	東京 一夫		本人との 関係	
申請(届出)者 住所	世田谷区北沢〇-〇-〇		連絡先 電話番号	03-5432-111
被保険者番号	01234567	個人番号	012345678910	
被 保 険 者	フリガナ	トウキョウ タロウ		
	氏名	東京 太郎		
	生年月日	M・T・S 9年 1月 1日		
	住所	世田谷区世田谷〇-〇-〇		
長期入院				

被保険者の氏名等をご記入
ください。

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
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か月の入院日数	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地
②	届出日の前12か月の入院日数	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地
③	届出日の前12か月の入院日数	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地
④	届出日の前12か月の入院日数	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地
⑤	届出日の前12か月の入院日数	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地

長期入院該当※の申請をする方のみ、
入院日数等をご記入ください。
(他の健康保険加入期間も対象となります)

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

※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。

〇年 〇月 〇日

申請日をご記入ください。

【担当処】

長期入院該当の申請をする方のみ、
1と2両方に☑としてください。
それ以外の方は1のみ☑としてください。

受付・入力者	再検者	受付 印

※「長期入院該当」の詳細については、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の申請について」の裏面をご覧ください。