

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	

ここから下は申請日の前1年間に他の保険者等に加入していた場合のみ記入してください。
(保険者等に限度額適用・標準負担額減額認定証の交付状況等を確認させていただく場合があります。)

前 保 険 者	保険者名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

栃木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。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名 印

確認欄	減額認定	世帯全員が住民税非課税である	確認者		長期入院	過去12ヶ月で減額認定証(区分I以外)が交付されている期間に91日以上入院をしている(前保険者を含む)	確認者	
-----	------	----------------	-----	--	------	---	-----	--