様式第 16 号（第 16 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　兼　入院日数届書

非課税

届出者	氏　名	後期 太郎	本人との関係	夫
	住　所	富山市新桜町７番 32 号	連絡先電話番号	111-9999

被保険者	被保険者番号	01234567	個人番号	
	（フリガナ） 氏　名	コウキ ハナコ 後期 花子		
	生年月日	□明治 □大正 ☑昭和　12 年　4 月　1 日		
	住　所	富山市新桜町７番 38 号		

保険者番号		保険者の名称及び所在地	富山県後期高齢者医療広域連合 富山県富山市婦中町速星 754 番地	長期入院	□該当　□非該当

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	年　月　日 ～ 年　月　日（　　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	年　月　日 ～ 年　月　日（　　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	年　月　日 ～ 年　月　日（　　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	年　月　日 ～ 年　月　日（　　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	年　月　日 ～ 年　月　日（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

富山県後期高齢者医療広域連合長　様

※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。

令和〇〇年××月□□日

申請者　氏　名　後期 花子
（被保険者）

被保険者ご本人の氏名を記入してください。（代筆可）

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	交付方法		□窓口交付（要本人確認）□郵送	
	本人確認	1　点	□運転免許証（　　）□パスポート　□住基カード（写真有）　□在留カード等　□個人番号カード □身体障害　　真有）	
		複数 ①	□被保険者　　）□その他（　　）	
		複数 ②	□学生証　　開取り　　課　　）	
		※複数書類の場合は		
	備　考	□低Ⅰ □低Ⅱ □低Ⅱ（長期入院該当　　年　　月から） □非該当	市町村受付印	広域連合受付印

記入不要