

記入見本

別記第33号様式（第27条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

申請(届出)者名	渋谷 花子	本人との関係	本人
申請(届出)者住所	渋谷区宇田川町1-1	連絡先電話番号	03-3463-1211
被保険者番号	12345678	個人番号	123456789012
被保険者	フリガナ	シブヤ ハナコ	
	氏名	渋谷 花子	
	生年月日	昭和10年1月1日	
	住所	渋谷区宇田川町1-1	
長期入院			

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	

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。

【 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
----	--------------------------	---------	-------	-----	-----	-----	-----

(用紙規格 A4)