

記入例

高齢者医療限度額

- ・被保険者ご本人が来庁される場合はご本人を記入してください。
- ・代理人が来庁される場合は代理人を記入してください。

申請（届出）者名	前橋 市郎	本人との関係	長男
申請（届出）者住所	前橋市大手町一丁目1番1号	連絡先電話番号	027-898-5955

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被 保 険 者	フリガナ	マエバシ タロウ	
	氏名	前橋 太郎	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ○○年 ○○月 ○○日	
	住所	前橋市大手町二丁目12番1号	
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事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、以下も記入してください。

入院日数合計（ 95 日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	○○年○○月○○日 ～ ○○年○○月○○日 （ 30 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	前橋総合病院
		所在地	前橋市○○町△△番地
②	届出日の前12か月の入院日数	○○年○○月○○日 ～ ○○年○○月○○日 （ 65 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	前橋大学付属病院
		所在地	前橋市□□町一丁目××番地
③	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	

注：該当する負担区分によっては食事に係る負担額が減額にならない場合がございます！

（あて先）群馬県後期高齢者医療広域連合長

※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