

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申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		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	該当・非該当		

申請日から過去1年間に入院した日数が90日を超える方は記入してください。			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	
<p>東京都後期高齢者医療広域連合長宛</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

【 担当処理欄 】

適 用	区分Ⅰ	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受 付 印
	区分Ⅱ						
	長期入院						
	却下						