

記入例

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	台東 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	東京都台東区東上野4丁目5番6号	連絡先電話番号	03-5246-1111

被保険者番号	12345678	個人番号	123456789012(12桁)	
被 保 険 者	フリガナ	タイトウ タロウ	性別	男
	氏名	台東 太郎		
	生年月日	昭和20年1月1日		
	住所	東京都台東区東上野4丁目5番6号		
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	

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 東京都台東区東上野4丁目5番6号
氏名 台東 太郎

【 担当処理欄 】

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

(用紙規格 A4)