

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	広域 太郎	被保険者との関係	本人
申請（届出）者住所	京都府京都市中京区〇〇〇〇 1 2 3 番地	電 話 番 号	000-000-0000

被保険者番号		0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏 名	広域 太郎		
	生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日		
	住 所	京都府京都市中京区〇〇〇〇 1 2 3 番地		
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（ 1 0 3 日間）			
①	届出日の前 12 か月の入院日数	令和 2 年 5 月 10 日～令和 2 年 7 月 31 日 （ 8 3 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	〇〇病院
		所 在 地	京都府〇〇市〇〇〇 4 5 6 番地
②	届出日の前 12 か月の入院日数	令和 2 年 9 月 1 日～令和 2 年 0 月 20 日 （ 2 0 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	〇〇〇病院
		所 在 地	京都府〇〇市〇〇〇 7 番地
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	
<p>（宛先） 京都府後期高齢者医療広域連合長</p> <p>※該当する項目を☑としてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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。</p> <p>令和 3 年 4 月 1 日</p>			

〇各区役所、支所（保険年金課）に申請書類を提出する方の氏名等を記入してください。

〇今回、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受ける方の氏名等を記入してください。

〇被保険者番号は、保険証に記載されている番号を記入してください。

〇個人番号（マイナンバー）は、通知カード、マイナンバーカード等に記載されている番号を記載してください。

〇区分Ⅱの期間中の入院日数が 90 日（他の医療保険で区分Ⅱ相当の限度額適用・標準負担額減額認定を受けていれば、入院日数を合算できます。）を超え※、入院時の食事代をさらに減額するために申請される方は、該当と記入してください。

※令和 2 年 9 月末までの期間は、区分Ⅱの限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている期間中の入院日数をカウントします。限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けていない期間は入院日数に含めませんのでご注意ください。

〇「長期入院」の欄に「該当」と記入した方のみ、①～⑤の入院日数の合計を記入してください。

〇「長期入院」の欄に「該当」と記入した方のみ、申請日以前 12 箇月で入院をした医療機関の名称、所在地、入院期間を記入してください。

〇申請書の提出者や限度額適用・標準負担額減額認定証の受取人は原則として被保険者本人又は同一世帯の方となります。委任する場合は別途委任状により、代理権が授与されていることを証する必要がありますので、申請書と併せて委任状を提出してください。

〇該当する項目をチェックし、申請日を記入してください。

※限度額適用・標準負担額減額認定証の発行対象となるのは、「1 割」の保険証をお持ちの方のうち、同一世帯に属する方全員が住民税非課税の方です。条件に該当するかわからない場合、住所地の区役所・支所保険年金課保険給付・年金担当（東北地域にお住まいの方は東北出張所保健福祉第一担当）までお問い合わせください。

※申請書提出時に本人確認書類等の提示を求めることがありますので、ご協力をお願いいたします。
※「長期入院」の欄に「該当」と記入した方のみ、入院期間がわかる医療機関の領収書や証明書の添付が必要になります。

※「長期入院」の欄に「該当」と記入した方で、前の健康保険で発行された限度額適用・標準負担額減額認定証の写しがあればお持ちください。