

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	広城 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○○○○123番地	電話番号	000-000-0000

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
被保 險 者 氏 名	フリガナ コウイキ タロウ	広城 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○○○○123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 (103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 (83日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	〇〇病院
		所 在 地	京都府〇〇市〇〇〇456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 (20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	

(宛先) 京都府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。

令和 3年 4月 1日

○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。

○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。

○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。

○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。

○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た場合は、入院日数を合算できます。）を超えた場合、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。

○「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。

○「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。

○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。

○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（京北地域にお住まいの方は京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。