

(様式第26号)

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	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
被 保 険 者 番 号	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		
保険者番号			
保険者の名称 及び所在地			
長期入院	該当 ・ 非該当		

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計 ( 日間 )	
申請日の前1年間の入院日数		~	( 日間 )
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
申請日の前1年間の入院日数		~	( 日間 )
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
申請日の前1年間の入院日数		~	( 日間 )
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
申請日の前1年間の入院日数		~	( 日間 )
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名