様式第33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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | | | 個　人　番　号 | |  | |
| 被保険者 | フリガナ |  | | | | | 性別 | 男　　・　　女 |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　－ | | | | | | |
| 長期入院 | | 該　当　・　非　該　当 | | | | | | |
| （あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長  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。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　住所    氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　 電話番号 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| この欄は長期入院該当者のみ記入してください。 | | | | | | 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 |  | | | | |
|  |  | |  |  | | | | |
| 【委任欄】　後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の受領を次の者に委任します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  委任する人　　　 　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  委任を受ける人　　住　　所  　　　　　　　 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（委任する人との関係　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　 電話番号 | | | | | | | | |