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