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 |