

様式第 29 号（第 21 条関係）

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 氏名		本人との関係	
申請（届出）者 住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号		個 人 番 号	
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	〒 -		
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当		

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（ 日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	
（宛先）石川県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 年 月 日			

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）		番号確認	備考
☐ 本人の被保険者証等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ システム（同一世帯確認） ☐ その他（ ）	1点	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ プレ印字書類 ☐ その他（ ）	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他（ ）	
	2点	☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（ ）		