

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	
	住所		
長期入院			

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	～ ( 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	～ ( 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	～ ( 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	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地

ここからは届出日の前12か月に他の保険者等に加入していた場合のみ記入してください。  
 (保険者等に限度額適用・標準負担額減額認定証の交付状況等を確認させていただく場合があります。)

前 保 険 者	保険者名称	
	所在地	
	電話番号	

栃木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

申請者 住所

氏名

確認欄	世帯全員が住民税非課税である	確認者	長期入院	過去12か月で低所得者Ⅱの認定を受けている期間に91日以上入院をしている(前保険者を含む)	確認者
-----	----------------	-----	------	---	-----