様式第25号(第19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)者住 連絡先電話番号 連絡先電話番号	
₩ II II	
被保険者番号	
フリガナ	
保 氏 名	
被保 氏 名 険 生 年 月 日 年 月 日 者 0 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	ı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。 ストウロ粉を入まして ロ 目 1	
入院日数合計(日間)	日間)
	□ [F] <i>)</i>
①	
所在地	D 00\
	日間)
②	
所在地	
	日間)
③	
届出日の前12か月の入院日数 年 月 日~ 年 月 日 (日間)
④ 入院をした保険医療機関等 名 称	
届出日の前12か月の入院日数 年 月 日~ 年 月 日 (日間)
⑤ 1 Ph + 1 + 1 Ph F 中	
○ 入院をした保険医療機関等 	
(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長	
WAY LATERA DI LA JAYAN	
※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	負扣額減
額認定証の交付を申請します。	只151000
□ 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。	
年 月 日	
T /1 H	