

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名	宇都宮 花子	本人との関係	妻
届出者住所	宇都宮市旭1丁目1番5号	連絡先電話番号	028-632-2307

被保険者番号	01234567			
被 保 険 者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ	性 別	男
	氏 名	宇都宮 太郎		
	生年月日	昭和 3年 4月 1日		
	住 所	宇都宮市旭1丁目1番5号		
長期入院				

ここから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	申請日の前の1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
②	申請日の前の1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名	記入不要
	所在		
③	申請日の前の1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
④	申請日の前の1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
⑤	申請日の前の1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

・ 申請者＝被保険者となります。  
 ・ 申請者と届出者が異なる場合、委任状を添付して下さい。

栃木県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

平成 21年 10月 1日

申請者 住所 宇都宮市旭1丁目1番5号

氏名 宇都宮 太郎

