

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

入力者	受付者

届出者名		本人との 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被 保 険 者 番 号					
被 保 険 者	フリガナ			性 別	
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日			
	住 所	-			
長 期 入 院					

ここから下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	～		

沖縄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 年 月 日

申請者 住所
氏名

印