

様式第41号（第23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 入院日数届出書

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	
	氏名	
	個人番号	
	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。

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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

※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。

年 月 日