

記入例

様式第19号（規則第15条・第15条の2関係）

後期高齢者医療 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

届出者氏名	広域 太郎	本人との関係	本人
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ 0562 ） 45 - 6230		

被保険者番号	01234567	個人番号	000123456789
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏名	広域 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	昭和 10年 5月 9日	
	住所	大府市中央町五丁目70番地	
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		

※ この欄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	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">名称</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> </table>	名称		所在地
名称					
所在地					
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">名称</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> </table>	名称		所在地
名称					
所在地					
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">名称</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> </table>	名称		所在地
名称					
所在地					
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">名称</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> </table>	名称		所在地
名称					
所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）			
	入院をした保険医療機関等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">名称</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> </table>	名称		所在地
名称					
所在地					

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様	
上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の 令和 2年 4月 1日	限度額適用 限度額適用・標準負担額の減額 を申請します。
申請者氏名	広域 太郎 印

認定 <input type="checkbox"/> 認定（ 年 月 日）⇒認定区分 <input type="checkbox"/> 却下（ 年 月 日）⇒却下通知送付 認定区分 <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（非課税） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福・経過） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（保護） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（非課税） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（経過） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（保護） <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ ⇒証交付 送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（ 年 月 日）	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">受付者</td> <td style="width: 50%;">入力</td> </tr> <tr> <td></td> <td>日付</td> </tr> </table>	受付者	入力		日付
受付者	入力				
	日付				

ご印鑑：シャチハタ(ゴム印)以外の
の認印をご捺印ください。