

様式第13号（第29条の2、第30条関係）

後期高齢者医療

〔 限度額適用認定証交付申請書
 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 〕

マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払が不要になり、食事療養標準負担額及び生活療養負担額が減額されます。
 マイナ保険証をぜひご利用ください。（長期に入院されている場合の届出は別途必要です）

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住所
 申請者 氏名
 電話

限度額適用の認定を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第2項及び第67条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
	住 所			
	長 期 入 院	該 当	・	非 該 当

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	届出日の前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	届出日の前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	届出日の前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	届出日の前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	届出日の前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				