

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

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			