第８号様式

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　入院日数届書

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(届出)者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	

被保険者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
長期入院		

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。

入院日数合計（　　日間）

①	届出日の前12か月の入院日数	～　　（　　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	～　　（　　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	～　　（　　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	～　　（　　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	～　　（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

青森県後期高齢者医療広域連合長　殿

※該当する項目を☑としてください。

☐　1．上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用・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。

令和　　年　　月　　日