

捨 印	
--------	--

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		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性 別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
長期入院			

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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 （ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

（あて先）群馬県後期高齢者医療広域連合長

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・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名



届出者名	広域 次男	本人との関係	子
届出者住所	前橋市〇〇町1-3	連絡先電話番号	234-XXXX

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012	マイナンバーを記入	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ レンタロウ		性 別	男
	氏名	広域 連太郎			
	生年月日	昭和12年1月1日			
	住所	前橋市〇〇町1-1			
長期入院	長期入院該当の申請の場合は、「長期該当」と記入				

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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	長期入院該当の申請の場合は、入院した病院ごとに日数を記入する
所在地			
③	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 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1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

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・標準負担額の減額を申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 前橋市〇〇町1-1
 氏名 広域 連太郎

申請者は被保険者です

広域