

様式第26号の2（第19条の2関係）

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

令和 年 月 日

（宛先）山梨県後期高齢者医療広域連合長

本人確認済

申請（届出）者名		被保険者との関係	
申請（届出）者住所			
連絡先（電話番号）			

※該当する項目を☑としてください。

下記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

下記のとおり関係書類を添えて入院日数を届け出ます。

本人確認済

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所		
長期入院	該当 ・ 非該当		

直近12か月の入院日数が90日を超える方（長期入院該当）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。

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12か月の入院日数	令和 年 月 日～ 令和 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12か月の入院日数	令和 年 月 日～ 令和 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12か月の入院日数	令和 年 月 日～ 令和 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12か月の入院日数	令和 年 月 日～ 令和 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12か月の入院日数	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	