様式第22号（第１６条関係）

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

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長

次のとおり、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　□限度額適用認定証の交付を申請します　□入院日数届書を提出します］

令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）	被保険者番号									個人番号	
	氏　　名										
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日									
	住 所 等										
		（電話番号　　－　　－　　）									

長期入院（現役並み区分の方には、この制度は適用されません。） 過去12月（申請日の属する月以前12月）の入院日数が91日以上である場合	該　当　・　非該当
ここから下は、「長期入院」に該当する方のみ記入してください。	入院日数合計（　　日間）

①	過去12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	
②	過去12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	
③	過去12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	
④	過去12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	
⑤	過去12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	

申請が被保険者以外の場合	氏　　名		被保険者との続柄	
	住 所 等 （□被保険者と同じ）			
		（電話番号　　－　　－　　）		

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄

認定等	認定(却下)日　．　．		適用年月日　．　．				
	□ 低Ⅱ(非課税) □ 現役並Ⅰ □ 低Ⅱ(要保護者) □ 現役並Ⅱ □ 低Ⅰ(非課税) □ 低Ⅰ(老福) □ 低Ⅰ(要保護者)		長期該当年月日　．　．		受　付	端末入力	交　付	受付責任者
			91日該当日　．　．					
			（　．　．　交付・郵送）					