

別記第33号様式（第27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

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	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所		
長期入院	該当 ・ 非該当		

区分Ⅱの減額認定を受けていた期間の入院日数が、過去12か月で90日を超える方は記入してください（食費に係る負担額が更に減額されます）。 また、入院日数の分かる医療機関の請求書・領収書を添えて申請してください。	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	

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

※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。

年 月 日

【 担当処理欄 】

適 用	区分Ⅰ	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受 付 印
	区分Ⅱ 長期入院 却 下				