

## 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		性 別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
被保険者番号			
保険者の名称及び所在地			
長期入院 該当・非該当			

ここから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	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

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 氏名

㊞

限度額適用・標準負担額減額認定申請書、高額医療費支給申請書の添付書類

(別紙)

所得の状況				
氏名				
平成 年中 の 所得	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	_____円	_____円	_____円
	給与 (パート収入等含)	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の所得 ( ) 所得 <収入-必要経費>	_____円	_____円	_____円
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。低所得Ⅰの区分は、ご本人及び同じ世帯の方全員が市町民税非課税であって、ご本人及び同じ世帯の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額(年金については控除額80万円)を引いたとき各所得がいずれも0円となる場合に対象となります。</li> <li>ご本人及び同じ世帯の方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。</li> <li>所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得(障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など)は除きます。</li> <li>公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票等の所得が確認できる書類を添付してください。</li> </ul> <p>ただし、1月1日において当市(町)に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を認定する書類が発行されていない収入については添付不要です。</p>				