

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		
	住 所		
長 期 入 院			

直近 12 か月の入院日数が 90 日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食事に係る負担額が更に減額されます。
入院日数の届出を希望する方は、以下も記入してください。

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	

（あて先）群馬県後期高齢者医療広域連合長

※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