

# <代理人記入例>

|     |     |
|-----|-----|
| 入力者 | 受付者 |
|     |     |

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定交付申請書 兼 入院日数届書

|       |              |         |             |
|-------|--------------|---------|-------------|
| 届出者名  | 後期 花子        | 本人との関係  | 妻           |
| 届出者住所 | 沖縄市仲宗根町12-19 | 連絡先電話番号 | 090-XXX-XXX |

届出を行う代理人  
情報を記入

|    |           |      |      |
|----|-----------|------|------|
| 番号 | 012345678 | 個人番号 | 記入不要 |
|----|-----------|------|------|

|                  |      |              |
|------------------|------|--------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ | コウキ ダイスケ     |
|                  | 氏名   | 後期 大輔        |
|                  | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日     |
|                  | 住所   | 沖縄市仲宗根町12-19 |

被保険者情報を記入

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 | ~ ( 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 | ~ ( 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 | ~ ( 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 | ~ ( 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 | ~ ( 日間) |  |
|   | 入院をした保険医療機関等  | 名称      |  |
|   |               | 所在地     |  |

沖縄県後期高齢者医療広域連合 殿  
 ※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。

令和 年 月 日

申請書を記入した  
日付を記入