

<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-XXXX

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 保 険 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

ここから下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