

様式第41号(第

①届出者名、本人との関係(本人・妻・子など)、住所、日中連絡が取れる電話番号を記入。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担減額認定証交付申請書 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	所沢市〇〇町12-34	連絡先電話番号	xx-xxxx-xxxx
被保険者番号	09900100		
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏名	後期 太郎	
	個人番号	③個人番号を記入。(不明の場合は省略。)	
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	
	住所	所沢市〇〇町12-34 ④生年月日・住所を記入。	
長期入院	該当<記入不要>非該当		

②被保険者証に記載されている被保険者番号、フリガナ、氏名を記入。

③個人番号を記入。(不明の場合は省略。)

④生年月日・住所を記入。

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費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、以下もご記入ください。

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	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

⑤1にチェック✓

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

※該当する項目を☐としてください。

- 1. 上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用・標準負担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。

令和〇〇年

〇月

〇日

⑥申請日を記入。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用・標準負担減額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。