

届出者名	新宮 太郎	本人との関係	夫
届出者住所	新宮市春日1-1	連絡先電話番号	090-0000-1111

被保険者番号	0123456	個人番号	098765432101
被 保 険 者	フリガナ	シングウ アイコ	
	氏名	新宮 愛子	
	生年月日	昭和12年7月9日	
	住所	新宮市春日1-1	
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

 行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。

- 届出者は記入される方にかまいません。
- 対象者の保険証を参考に記入して下さい。
- 個人番号がわからない場合は、空欄にかまいません。

②	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

- 1へを入れて下さい。
 (申請時点で、過去1年以内に90日以上入院している場合は、入院の領収書の写しを添付した上で、2へもを入れて下さい。)
 ※※入院日数が90日を超えている事を確認するために必要です。※※
- 申請日(もしくは記入日)を記入して下さい。

③	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 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 **3** 年 **6** 月 **1** 日