様式第５号の３（第６条関係）

|  |
| --- |
| 第　　　　　号限度額適用・標準負担額減額認定申請書 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏名 |  | 生年月日 |  | 男・女 |
| 年　　月　　日 |
| 居住地 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 保険者の名称及び所在地 |  |
| 長期入院 | 該当・非該当 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 上記のとおり関係書類を添えて老人医療の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。　　　　　　年　　月　　日住所申請者　（居住地）氏名　　　　　　　　　　㊞八頭町長　　　　様 |