

**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・標準負担額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。**

**※長期入院該当については引続き届出が必要となります。**

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

|                  |      |      |          |   |
|------------------|------|------|----------|---|
| 申請（届出）者名         |      |      | 被保険者との関係 |   |
| 申請（届出）者住所        |      |      | 電話番号     |   |
| 被保険者番号           | 個人番号 |      |          |   |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |      |          |   |
|                  | 氏名   |      |          |   |
|                  | 生年月日 | 年    | 月        | 日 |
|                  | 住所   |      |          |   |
| 長期入院             |      | 負担区分 |          |   |

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さらに減額されます。入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

|  |               |         |  |
|--|---------------|---------|--|
| 入院日数合計（ 日間）  |               |         |  |
| ①  | 届出日の前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  | 届出日の前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  | 届出日の前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  | 届出日の前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  | 届出日の前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     |  |
| <p>(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 殿</p> <p>※該当する項目を☑としてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>年 月 日</p> |               |         |  |