

申請（届出）者 氏名	広城 花子	本人との関係	妻
申請（届出）者 住所	金沢市幸町12番1号	連絡先電話番号	076-999-999

被 保 険 者	被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広城 太郎		
	生年月日	昭和 12年 7月 10日		
	住所	〒920-0968 金沢市幸町12番1号		
長期入院	該当・非該当			

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。

入院日数合計（ 98日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	令和2年 5月22日～ 令和2年 7月30日（82日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	広城病院
		所在地	金沢市幸町
②	届出日の前12か月の入院日数	令和2年 10月10日～ 令和2年 10月25日（16日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	高齢病院
		所在地	金沢市幸町
③	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

※ 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 1月 15日