記　入　見　本

・標準負担額減額認定証

届出をする方について記入してください

申請(届出)者名	日野　一郎	本人との関係	長男
申請(届出)者住所	日野市日野●●●●	連絡先電話番号	042-●●●-●●●●

被保険者番号	12345678	個人番号	123456789012
被保険者 フリガナ	ヒノ　タロウ		
被保険者 氏名	日野　太郎		
被保険者 生年月日	●年　●月　●日		
被保険者 住所	日野市神明●丁目●の●		

個人番号（マイナンバー）を記入してください

長

被保険者本人について記入してください

直近1　　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（　　日間）

①	届出日の前12か月の入院日数	～　　（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
④	入院をした保険医療機関等	所在地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	～　　（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	

直近12か月の入院日数が合計90日以下の方は、太枠内のみ記入してください。

※入院日数が90日を超えている方、90日を超えそうな方は提出前に一度お問い合わせください。

東京都後期高齢者医療広域連合長　宛

※該当する項目を☑としてください。

1に✓をつけてください

（※入院日数が90日を超える方は別途ご案内いたします）

☑　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出を提出します。

●年　●月　●日

届出をする日を記入してください

【　　欄】

却　下　　日

訂正するときは、二本線で消した横に届出者のサイン（フルネーム）し、正しい内容を記入してください。※修正液等は使わないでください。

例）届出者が日野一郎、住所を3丁目から1丁目に訂正する場合

日野市神明　~~3丁目~~　1丁目

日野　一郎

（用紙規格　A４）