様式第９号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　□　被保険者証

　　　　　　　　　　　　　□　限度額適用・標準負担額減額認定証

後期高齢者医療 　　　 □　特定疾病療養受療証 再交付申請書

　　　　　　　　　　　 □　被保険者資格証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 |  | 本人との関　係 |  |
| 届出者住所 |  | 連 絡 先  電話番号 |  |

※被保険者本人が申請する場合は、上記の届出者名等の記入は必要ありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  番号  (８ケタ) | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 個人番号  (１２ケタ) |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 被　保　険　者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | 性　別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 明　・　大　・　昭　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒  米原市 | | | | | | | | | | 連絡先  電話番号 | | | |  | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | | | □　紛失　　□　破損　　□　盗難　　□　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 滋賀県後期高齢者医療広域連合長　　　様  　　上記のとおり、再交付を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処理欄 | 交付方法 | □郵送（　　月　　日）□窓口 |
| 本人確認方法 |  |

※申請書提出に際しての来庁者が、被保険者本人または世帯主でない場合は、証の再交付は郵送となります。

式第３５号（第２２条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 |  | 本人との関係 |  |
| 届出者住所 |  | 連 絡 先  電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号（8ｹﾀ） |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号  （12ｹﾀ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住所 |  | | |
| 長期入院 | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | ～　　　　　　　　（　　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 | ～　　　　　　　　（　　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 | ～　　　　　　　　（　　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 | ～　　　　　　　　（　　日間） | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 滋賀県後期高齢者医療広域連合長　　　　　　　　様  　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・標準負担額の減額を申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |