

【記載例】下記の①～④の箇所についてご記入いただき、必要な書類を持参（郵送の場合は添付書類は不要です。）の上、届け出てください。

様式第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

※ 申請者とは別の方が申請書の記入および窓口への届出をされる場合は、記入（届出）される方のお名前・ご住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。（書類に不備が合った場合などに、連絡させていただくことが有ります。）

被保険者番号 (8桁)	0 1 2 3	① 被保険者証に記載されている「被保険者番号(0から始まる8桁の数字)」をご記入ください。	6 7 8 9 1 0
フリガナ	フリガナ		
氏名	長浜 太郎	性別	男・女
② 被保険者ご本人のお名前・生年月日・性別・住所（連絡先電話番号）をご記入ください。	生年月日	昭和 20 年 4 月 1 日	
住所	長浜市八幡東町632番地 (連絡先電話番号: 0749 - 65 - 6527)		
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制度適用・標準負担額の減額を申請します。 令和 2 年 4 月 1 日 申請者 住所 氏名 ④ 被保険者ご本人のご署名・ご押印をお願いします。 長浜 太郎 印			

受付（ ）