

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者	氏名	後期 太郎	本人との関係	夫
	住所	富山市新桜町7番32号	連絡先電話番号	111-9999

被 保 険 者	被保険者番号	01234567	個人番号	
	(フリガナ)	コウキ ハナコ		
	氏名	後期 花子		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 12年 4月 1日		
住所	富山市新桜町7番38号			

富山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

被保険者ご本人のお名前・
ご住所をご記入ください。
(代筆可)

令和〇〇年××月□□日

申請者 住所 富山市新桜町7-38
(被保険者) 氏名 後期 花子

以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付(要本人) <input type="checkbox"/> 郵送(要本人) <input type="checkbox"/> 他()			
	本人 確認	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()	<input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 個人番号カード 証・許可証(写真有)	
		複数	①	<input type="checkbox"/> 被保険者証()	カード(写真無) <input type="checkbox"/> その他()
			②	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人 印()	<input type="checkbox"/> その他(知人・聞取り 課)
備考		<input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 非該当(<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ <input type="checkbox"/> その他)	市町村受付印	広域連合受付印	

記入不要