

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和・(西暦)	年 月 日
	住所	〒	

兵庫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認定証の交付を申請します。

年 月 日

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)	交付の有無	交付・却下
			<本人確認>	適用区分	現役Ⅰ・現役Ⅱ
受付者			書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他 ()	適用開始日	年 月 日