

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	— —	(自宅 ・ 携帯)	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		性別 男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	住所	〒 —	
保険者番号	3 9 3 6		
保険者の名称 及び所在地	徳島県後期高齢者医療広域連合 〒771-0135 徳島県徳島市川内町平石若松78番地1		
適用区分	現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ		

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

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の適用を申請します。

年 月 日

申請者 氏名 ㊞

市 町 村 処 理 欄	
システム 入力年月日	. .
職権処理	<input type="checkbox"/> 広域内転入(前保険者からの引継ぎ)のため : 転入日() <input type="checkbox"/> 誤交付のため(区分 ⇒ 区分 に修正・交換)

広域連合処理欄	
受付日	システム 確認済

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
市 町 村 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()