

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者	氏名	本人との関係
	住所	連絡先電話番号

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号
	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	住所	

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の適用を申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名

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(要本人確認) <input type="checkbox"/> 郵送(<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 広域連合) <input type="checkbox"/> その他()			
	本人 確認	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等(写真確認可) <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複数	①	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無) <input type="checkbox"/> その他()	
			②	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書(写真有) <input type="checkbox"/> その他(知人・聞き取り 課)	
	※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要				
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		