

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	明治 大正 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。

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名 (印)

以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	交付方法	窓口交付(要本人確認) 郵送(市町村 広域連合) その他()		
	本人 確認	1点	運転免許証() パスポート 住基カード(写真有) 在留カード等 個人番号カード 身体障害者手帳等(写真確認可) 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)	
		複数	被保険者証 介護被保険者証 年金手帳 年金証書 住基カード(写真無) その他()	
			学生証 法人の身分証明書 官公署の資格証明書(写真有) その他(知人・聞き取り 課)	
	複数書類の場合は「 が2つ」又は「 1つ+ 1つ」が必要			
備 考	現役 現役 非該当(現役 その他)		市町村受付印	広域連合受付印