

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

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 数	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	①	□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()	
			②	□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・開取り 課)	
	※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要				
備 考	□現役Ⅰ □現役Ⅱ □非該当(□現役Ⅲ □その他)	市町村受付印	広域連合受付印		