

市 町 名	
被保険者番号	

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

窓口のみえた方の氏名		被保険者との関係	
連絡先電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号								
	(フリガナ) 氏 名							性別	男 ・ 女
	個人番号								
	生年月日	明治・大正・昭和		年		月		日	
	住 所								

保険者の名称 及び所在地	三重県後期高齢者医療広域連合 〒 5 1 4 - 0 0 0 3 三重県津市桜橋二丁目 9 6 番地 三重県自治会館内
-----------------	--

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

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

被保険者 氏 名

印

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

【窓口で受け取った場合※後日郵送の場合は記入不要です。】		上記申請に基づき限度額適用認定証を受領しました。
年 月 日	受領した方の署名	

市 町 確 認 欄							
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交付方法	所得区分	証回収	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()	個人番号カード 通知カード その他 ()	月 日	窓口 郵送 月 日	現役並み所得者 I 現役並み所得者 II	回収 月 日 入力 月 日	

