

市 町 名	
被保険者番号	

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

窓口に見えた方の氏名		被保険者との関係	
窓口に見えた方の住所		連絡先 電話番号	

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

(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適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

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	

