

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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号       | 個人番号  |
|                  | (フリガナ)<br>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 (印)

以下の欄は記入しないでください。

|             |   |   |   |   |  |  |
|-------------|---|---|---|---|--|--|
| 処<br>理<br>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<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> 現役Ⅱ<br><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   |   |  |  |