

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人（ ）	住所			

被保険者番号						申請年度		年度
個人番号								

被 保 険 者	フリガナ				電話番号			
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
	住所	〒						

福島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

申請者 氏名

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	決定区分	<input type="checkbox"/> 認定・却下	<input type="checkbox"/> 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 証交付 <input type="checkbox"/> 未処理	決定年月日	年	月	日
	認定区分	<input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ						
	認定	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税台帳			交付年月日	年	月	日
					発効期日	年	月	日
					電算処理年月日	年	月	日
	却下							
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
備考					入力者		確認者	
					市町村名			