

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	申請者の情報をご記入ください。	三鷹 花子	本人との関係	妻
届出者住所		三鷹市野崎1-1-1	連絡先電話番号	0422-29-9219

被保険者番号	9999999	個人番号	012345678910
被 保 険 者	フリガナ	ミタカ タロウ	被保険者の情報をご記入ください。
	氏名	三鷹 太郎	
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	
	住所	三鷹市野崎1-1-1	

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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。

令和〇年 〇月 〇日

申請日をご記入ください。

【 担当処理欄 】

適 用	現役 I	適 用 (却 下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受 付 印
	現役 II						
	却下						

(用紙規格 A4)