

届出者名、本人との関係、届出者住所、連絡先電話番号をご記入ください。

書き方 見本

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	広域 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	国分寺市戸倉1-6-1	連絡先電話番号	042-325-0111

被保険者番号	12345678	個人番号	123456789123
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏名	広域 太郎	
	生年月日	昭和20年4月1日	
	住所	国分寺市戸倉1-6-1	

「通知カード」又は「個人番号カード」を確認し、被保険者本人の12桁の「マイナンバー（個人番号）」を記入してください。不明の場合は、記入不要です。

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。

年 月 日

## 【 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)