

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号																
--------	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	フリガナ													性別		
	氏名															
	生年月日	年 月 日														
	住所															

岩手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。

令和 年 月 日

申請者 住所  
氏名

処理欄	認定（却下）区分	認定証（却下通知書）発行	発効期日	市町村確認	広域連合確認
	・現役Ⅰ・現役Ⅱ ・却下	・即時発行 ・後日郵送 / ・その他（ ）	年 月 日		