

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

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	年 月 日		
	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適用認定証の交付を申請します。

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	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
				市町村名		
					確認者	