

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	北区 花子	本人との関係	長女
届出者住所	北区〇〇 〇丁目〇番〇号	連絡先電話番号	

被保険者番号	00000000	個人番号	※個人番号が分からない場合は空欄で構いません。
被 保 険 者	フリガナ	キタク タロウ	
	氏名	北区 太郎	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	住所	北区〇〇 〇丁目〇番〇号	

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。

〇 年 〇 月 〇 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)