

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名		被保険者との関係	
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		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	住所	〒 -	
保険者番号	3	9	3 6
保険者の名称及び所在地	徳島県後期高齢者医療広域連合 〒771-0135 徳島県徳島市川内町平石若松78番地1		
適用区分	現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ		

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

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認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

市町村処理欄	担当者名
システム 入力年月日	
職権処理	<input type="checkbox"/> 広域内転入(前保険者からの引継ぎ)のため : 転入日() <input type="checkbox"/> 誤交付のため(区分 ⇒ 区分 に修正・交換)

広域連合処理欄	
受付日	システム 確認済

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	