

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

申請者氏名	広域 花子	本人との関係	妻
申請者住所	金沢市幸町12番1号	連絡先電話番号	076-999-999

被 保 険 者	被保険者番号	1234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広域 太郎		
	生年月日	昭和 12年 7月 10日		
	住所	〒 920-968 金沢市幸町12番1号		

(宛先) 石川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。

令和3年 1月 15日

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）		番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
<input type="checkbox"/> 委任状		<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 通知カード	
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	2点	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> システム	
<input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認)		<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 年金手帳	( )	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		