

記入例

後期高齢者医療限度額適用認定

届出者の情報を記入してください

届出者名	伊丹 太郎	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	夫	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇	

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
フリガナ	イタミ ハナコ		
氏名	伊丹 花子		
生年月日	明治・大正・昭和・(西暦)	〇〇 年	〇〇月 〇〇日
住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇 伊丹市〇〇町〇〇番〇〇号		

被保険者の  
情報を記入してください

・窓口来庁時に限度額適用認定証の即日交付を希望する場合は、被保険者の被保険者証と申請者の本人確認書類を持参ください。

※本人確認書類（官公署発行の顔写真表示がある書類1点もしくは、顔写真表示がない書類で、氏名、生年月日等の記載がある書類2点＜健康保険証、年金手帳等＞）

兵庫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。

令和〇 年 〇〇 月 〇〇日

申請日を記入してください

----- 以下市（区）町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送（ / ）	交付の有無	交付・却下
受付者			<本人確認> 書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・ その他（ ）	適用区分	現役Ⅰ・現役Ⅱ
				適用開始日	年 月 日