

## 後期高齢者医療限度額適用認定申請書

申請(届出)者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	-	-	( 自宅 ・ 携帯 )

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	2	0	1	7	
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の適用を申請します。

令和 年 月 日

市 町 村 処 理 欄	
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)

# 【 記 入 不 要 】

市役所での記入面

● 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(A'1点 A2点 B2点は不可)		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 聞き取り(診・ロ・年・家・5)
	代理権の確認	代理人の身元確認(A'1点 A2点 B2点は不可)		
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証(後期以外) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書・年金手帳 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 聞き取り(診・ロ・年・家・5)