

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名		本人との関係	
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																		

岩手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適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

処 理 欄	認定（却下）区分	減額認定証（却下通知書）発行	発効期日	市町村確認	広域連合確認
	・現役Ⅰ・現役Ⅱ ・却下	・即時発行 ・後日郵送 / ・その他（ ）	年 月 日		