後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名		本人との関係	
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			
	住所	〒		

高知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。

令和　　年　　月　　日

◎保険医療課処理(こちらには記入しないでください)

受付	確認事項		証交付	チェック
□窓口 □郵送 受付者印	□届出人の本人確認(保険証・免許証・その他[　　]) □負担区分を確認 □一定Ⅰ ⇒ 世帯未申告者(無 ・ 有) □一定Ⅱ ⇒ 世帯未申告者(無 ・ 有) □新年度作成	確認者印	□窓口渡し □郵送 発送日 ／ 交付者印	