

申請される方のお名前等  
をご記入ください。

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

記入例

届出者名	神戸 みなと	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	子	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	神戸市中央区〇〇町1-2-3	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	078-123-4567	

被保険者番号	12345678		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	コウベ タロウ		
	氏名	神戸 太郎		
	生年月日	明治・大正・昭和・(西暦)	2年	1月1日
	住所	〒123-4567 神戸市中央区〇〇町4-5-6		

認定証が必要な方のお名前  
等をご記入ください。

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適用認定証の交付を申請します。

令和〇年 〇〇月 〇〇日

----- 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