

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	盛岡 花子	本人との関係	施設職員
届出者住所	盛岡市津志田14-37-2	連絡先電話番号	019-613-8439

被保険者番号	01234567	個人番号																	
--------	----------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	フリガナ	モリオカ タロウ	
	氏名	盛岡 太郎	
	生年月日	明治・大正 昭和 15年 10月 1日	
	住所	盛岡市内丸12番2号	

記入の必要はありません

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

記入の必要はありません

処理欄	認定（却下）区分	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		