

## 後期高齢者医療限度額適用認定申請書

被 保 険 者  ( 本 人 )	保険者番号	3	9	4	1					
	被保険者番号									
	個人番号									
	フリガナ								性別	男・女
	氏名									
	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住所	〒 — (電話 — — )								
負担区分	I ・ II									

佐賀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の適用を申請します。

年 月 日	(記入された方) 申請者	住所	〒 — (電話 — — )
		氏名	被保険者との関係 印 ( )

**〔市町記入欄〕**

市町(支所)名 [                      ]	受付日 [                      ]	受付者名 [                      ] ・ 郵送	認定交付 [ 窓口・郵送 ] ・ 却 下
申請者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示    ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類    ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示    ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 (                      )		
番号確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード    ②通知カード    ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認		
負担区分確認方法 (右記 番で確認)	①標準システム負担区分管理画面    ②市町で公簿等により確認		
認定証の写し添付確認	<input type="checkbox"/> 確認		