

＜ 記 入 例 ＞

様式32号 (第20条関係)

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

被保険者証に記載されていますので、確認のうえ記入してください。

被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

被 保 険 者 (本人)	保険者番号	3	9	4	1	2	0	0	0				
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	コウイキ タロウ								性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
	氏 名	広 域 太 郎											
	生年月日	明 ・ 大 ・ <input checked="" type="radio"/> 昭 3 年 2 月 1 日											
	住 所	〒840 - 0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地											
負担区分	I ・ II												

記載不要です。

提出日を記入してください。
※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・被保険者との関係を記入のうえ、捺印してください。

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	〒840-0201 (電話0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地	
		氏名	広 域 太 郎 <input checked="" type="radio"/> 広 域 印	被保険者との関係 (本人)

記入しないでください。

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申請勧奨通知・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		
番号確認方法 (右記__番で確認)	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()		
負担区分確認方法 (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		
認定証の写し添付確認	<input type="checkbox"/> 確認		