

## 後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

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									
	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適用認定証の交付を申請します。

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

**〔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 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		