

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

|       |  |         |  |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名  |  | 本人との関係  |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先電話番号 |  |

|                  |      |      |     |
|------------------|------|------|-----|
| 被保険者番号           |      | 個人番号 |     |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |      |     |
|                  | 氏名   |      |     |
|                  | 生年月日 | 年    | 月 日 |
|                  | 住所   |      |     |

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、  
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、  
マイナ保険証をぜひご利用ください。