

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	後期 花子	記入される方 のお名前等	本人との関係	配偶者
届出者住所	戸田市上戸田1-18-1		連絡先電話番号	048-441-1800

被保険者番号	12345678	個人番号	不明な場合は記入不要です。 記入いただく場合、マイナンバーカードの写しを添付してください。
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	被保険者様 (認定証の発行対象となる方) のお名前等
	氏名	後期 太郎	
	生年月日	昭和20年1月1日	
	住所	戸田市上戸田 1-18-1	

記入例

(太枠内をご記入ください)

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。