

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												世帯主			
被保険者番号															
被 保 険 者	フリガナ														
	氏名														
	生年月日	M・													
	住所														
東京都後期高齢者医療広域連合															
上記のとおり、関係書類を添付し、認定証の交付を申請します。															
年 月															

ページID335の申請書をご使用ください
使用できません

【 担当処理欄 】

本人確認欄		適用	現役Ⅰ 現役Ⅱ 却下	適用 △ 却下 ▽ 日	年 月 日	受付・入力者	再検者	受付印	
・保険証 ・個人番号カード ・運転免許証 ・その他									