

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 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		

申請者本人は入院中であり、自宅で認定証の受領ができる者がいないため、現在入院中の病院宛に認定証を送付してください。

医療機関名称 _____ 医療機関所在地 〒 _____	医療機関担当者様 部署名 お名前
-------------------------------------	--------------------------------

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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

【 担当処理欄 】

適 用	現 役 I	適 用 (却 下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受 付 印
	現 役 II						
	却 下						