

記入例

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

日中連絡のつく電話番号

届出者名	後期 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	狭山市入間川〇〇〇〇	連絡先電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	記入は不要です。
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏名	後期 太郎	
	生年月日	昭和〇年      〇月      〇日	
	住所	狭山市入間川〇〇〇〇	

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。

令和〇年      〇月      〇日

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。