

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	被保険者番号		個人番号	
	氏名		生年月日	
	住所			

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。

令和 年 月 日

年度	適用	受付者 入力者 再検者	受付印
	現役Ⅰ 現役Ⅱ 却下		
	年 月 日		