様式第16号の２（第16条関係）

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者	氏　名		本人との関係	
	住　所		連絡先電話番号	

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	(フリガナ) 氏　名			
	生年月日	□明治 □大正 □昭和　　年　　月　　日		
	住　所			

富山県後期高齢者医療広域連合長　様

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の適用を申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　㊞

以下の欄は記入しないでください。

処理欄	交付方法		□窓口交付(要本人確認) □郵送(□市町村 □広域連合) □その他(　　)		
	本人確認	1　点	□運転免許証(　　) □パスポート □住基カード(写真有) □在留カード等 □個人番号カード □身体障害者手帳等(写真確認可) □官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複数 ①	□被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳 □年金証書 □住基カード(写真無) □その他(　　)		
		複数 ②	□学生証 □法人の身分証明書 □官公署の資格証明書(写真有) □その他(知人・聞取り　　課)		
		※複数書類の場合は「①が２つ」又は「①１つ+②１つ」が必要			
	備　考		□現役Ⅰ □現役Ⅱ □非該当（□現役Ⅲ　□その他）	市町村受付印	広域連合受付印