別記第３３号の２様式（第２７条の２関係）

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 |  |

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 | 現現却 | 役役 | Ⅰ Ⅱ下 | 適用（却下）日 |  | 年 | 月 | 日 | 受付者 | 入力者 | 再検者 | 受 付 印 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（用紙規格　Ａ４）