

様式第

①届出者名、本人との関係  
(本人・妻・子など)、住所、  
日中連絡が取れる電話番号を  
記入。

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	後期 花子	本人との関係	妻
届出者住所	所沢市〇〇町12-34	連絡先電話番号	××××-××××

②個人番号を記入。  
(不明の場合は省略。)

被保険者番号	09900100	個人番号	
フリガナ	コウキ タロウ	氏名	後期 太郎
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	住所	所沢市〇〇町12-34

③被保険者証に記載されている被保  
険者番号、フリガナ、氏名を記入。

④生年月日・住所を記入。

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。

令和〇〇年 〇月 〇日

⑤申請日を記入。

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。