

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

申請（届出）者名	広域 太郎		被保険者との関係	本人
申請（届出）者住所			電話番号	000-000-0000
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広域 太郎		
	生年月日	昭和 5年 1月 1日		
	住所	京都府京都市中京区〇〇〇〇 1 2 3 番地		

○各区役所、支所（保険年金課）に申請書類を提出する方の氏名等を記入してください。

○今回、限度額適用認定証の交付を受ける方の氏名等を記入してください。

○被保険者番号は、保険証に記載されている番号を記入してください。

○個人番号（マイナンバー）は、通知カード、マイナンバーカード等に記載されている番号を記載してください。

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

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 3年 4月 1日

○申請日を記入してください。

○申請書の提出者や限度額適用・標準負担額減額認定証の受取人は原則として被保険者本人又は同一世帯の方となります。委任する場合は別途委任状により、代理権が授与されていることを証する必要がありますので、申請書と併せて委任状を提出してください。

※限度額適用認定証の発行対象となるのは、「3割」の保険証をお持ちの方のうち、同一世帯に属する被保険者全員の住民税所得が690万円未満の方です。条件に該当するかわからない場合、住所地の区役所・支所保険年金課保険給付・年金担当（京北地域にお住まいの方は京北出張所保健福祉第一担当）までお問い合わせください。

※申請書提出時に本人確認書類等の提示を求めることがありますので、ご協力をお願いいたします。