# 記　入　見　本

（２関係）

後期高齢者医療限度額適用認定証交付

**届出をする方について記入してください**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 届出者名 | 日野　一郎 | 本人との関係 | 長男 |
| 届出者住所 | 日野市日野●●●● | 連絡先電話番号 | 042-●●●-●●●● |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | 12345678 | 個人番号 | 123456789012 |
| 被保険者 フリガナ | ヒノ　タロウ | | |
| 被保険者 氏名 | 日野　太郎 | | |
| 被保険者 生年月日 | ●年　●月　●日 | | |
| 被保険者 住所 | 日野市神明●丁目●の● | | |

**個人番号（マイナンバー）を記入してください**

**被保険者本人について記入してください**

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

**届出をする日を記入してください**

【 担当処理欄 】

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 適用 | 現役Ⅰ<br>現役Ⅱ<br>却下 | 適用（却下）日 | 年　月　日 | 受付者　入力者　再検者 | 受付印 | |

訂正するときは、二本線で消した横に届出者のサイン（フルネーム）し、正しい内容を記入してください。

※修正液等は使わないでください。

例）届出者が日野一郎、住所を3丁目から1丁目に訂正する場合

日野市神明　~~3丁目~~　1丁目

日野　一郎