

様式第 34 号の 1 (第 26 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

マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きは必要なく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要になります。
マイナ保険証をぜひご利用ください。

届出者名		本人との 関係	
届出者住所	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	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所		

奈良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適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

区分	発効期日	交付	交付年月日	受付者
現 I ・ 現 II	月 日	窓口・郵送	月 日	