

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請者名		被保険者との関係	
申請者住所			
連絡先 (電話番号)			

下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。

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		

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。

※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。