

様式第26号の2（第18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

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		

--	--	--	--

福井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

マイナンバーカードに被保険者証機能を登録した【マイナ保険証】を利用する場合、
同一医療機関での支払いは限度額までとなるため、この書類の提出は不要です。

マイナ保険証をぜひご利用ください。