

後期高齢者医療 基準収入額適用申請書

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

※ 太ワク内の必要な部分を記入してください。

次のとおり、後期高齢者医療の基準収入額の適用を申請します。						
		令和	年	月	日	
氏名			(電話番号	-	-)
氏名						
氏名						
被保険者以外の方が記入した場合、記入した方について	氏名			被保険者との続柄		
	住所等			(電話番号	-	-
被 保 険 者 等	住所					
	被保険者番号					
	個人番号					
	氏名					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		
令 和 年 中 の 収 入	公的年金 ※遺族年金などの非課税年金は除く	円	円	円		
	給与	円	円	円		
	その他の収入 ()	円	円	円		
	その他の収入 ()	円	円	円		
	その他の収入 ()	円	円	円		
	合計	円	円	円		

市区町村処理欄

認定(却下)日	. .	記 事	年 月 日から 【 一般基 ・ 一般特 】適用	受 付	端末入力	交 付	受付責任者
交付日	. .		旧証回収 【 未 ・ 済 】			交付・円	