

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。(別紙のお知らせをお読みください。)

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。

平成 年 月 日

氏名 (印) (電話番号 - -)

氏名 (印)

氏名 (印) ※被保険者本人が署名する場合、
押印は必要ありません。

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	(印)	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																					
平 成 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	平成 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・〒	