

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。		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	年 月 日から 【一般基・一般特】適用 旧証回収 【未・済】	受付	端末入力	交付	受付責任者
交付日	.	.					交付・〒	