

# 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	