

様式第43号（第23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	年	月 日
	住所		

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。