様式第7号（第9条関係）

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　　㊞　（電話番号　　－　　－　　）

氏　名　　㊞

氏　名　　㊞

※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	㊞	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・〒	