

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

※太枠の中をご記入ください。

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	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所		
保険者番号	3 9 3 5	区分	現Ⅰ・現Ⅱ・その他()
保険者の名称 及び所在地	山口県後期高齢者医療広域連合 山口県山口市大手町9-11		

山口県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療の限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日