

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	広域 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	山口県山口市大手町9番11号	連絡先電話番号	083-921-7110

被保険者番号	01234567	個人番号	987654321098						
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ							
	氏名	広域 太郎							
	生年月日	明治・大正・昭和 17 年 1 月 1 日							
	住所	753-8501 山口県山口市大手町9番11号							
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 3 年 3 月 22 日