

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