

受付印

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

被保険者番号																			
個人番号																			
被 保 険 者	フリガナ																		
	氏名																性別	男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和			年				月			日							
	住所 (方書・施設名等)																		
保険者番号		3	9	3	8														
保険者の名称 及び所在地		愛媛県後期高齢者医療広域連合 愛媛県松山市北条辻6番地																	

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額の適用を申請します。

平成 年 月 日

住所

申請者 氏名

㊞

連絡先（電話）

証 処 理	交付：窓口・郵送（ / ）	備 考			
	回収：済・未（ / ）				
	<本人確認>				
書類名：	区 分	受 付	入 力	広域確認	
番 号：		現役Ⅱ・現役Ⅰ			