

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

| | | | |
|-------|--|-------------|--|
| 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 | | 性 別 |
| | 氏 名 | | |
| | 生 年 月 日 | | |
| | 住 所 | | |

熊本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。

年 月 日

申請者 住所
氏名

受 付 印

| | | |
|---------|----------|-----|
| 1. 適用区分 | 現役Ⅱ | 現役Ⅰ |
| 2. 認定日 | 令和 年 月 日 | |

| | |
|----|--------|
| 入力 | 証交付 |
| | 窓 郵 |

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |