

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 險 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。

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名

印

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： 番号：	区 分	受 付	入 力	広域確認
		現役Ⅱ・現役Ⅰ			