

【記入例】

様式第39号の2（第22条関係）

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

市町担当窓口で申請を行う方（家族、施設職員等）の氏名等を記入してください。

届出者名	広域 連太郎	本人との関係	子
届出者住所	高松市福岡町2丁目3番2号	連絡先電話番号	0123-456-789

被保険者番号	1 9 8 0 0 7 0 2	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者	フリガナ	コウイキ レンゴロウ	性別
	氏名	広域 連五郎	
	生年月日	昭和12年 3月 4日	
	住所	高松市福岡町2丁目3番2	

被保険者番号、個人番号、被保険者の氏名等を記入してください。

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

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30年 7月31日

申請者 住所 高松市福岡町2丁目3番2号

氏名 広域 連五郎

被保険者の住所、氏名を記入し、押印してください。

