

【記入例】

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 レンゴウ	性 別	男
	氏 名	広域 連五郎		
	生 年 月 日	昭和12年 3月 4日	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。	
	住 所	高松市福岡町2丁目3番2号		

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。

令和〇〇年 7月23日

申請者 住所 高松市福岡町2丁目3番2号

被保険者の住所、氏名を記入し、押印してください。

氏名 広域 連五郎

