後期高齢者医療限度額適用認定申請書

※ 太枠の中は必ずご記入ください。

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				
保険者番号	3	9	3	5	
保険者の名称及び所在地	山口県後期高齢者医療広域連合 山口県山口市大手町９－１１				

山口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　　年　　月　　日

申請者　氏名

KA12R011 V1.0