

記入例

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	広域 花子					本人との関係	子		
届出者住所	山口市大手町9番11号 自治会館4階					連絡先電話番号	0837-52-1111		
被保険者番号	01234567				個人番号	987654321098			
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ					性 別	男	
	氏 名	広域 太郎							
	生 年 月 日	昭和3年4月1日							
	住 所	山口市大手町9番11号 自治会館4階							
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30年8月1日									
申請者 氏名 広域 太郎									

被保険者本人が届け出る場合は記入不要です。

7月中に届け出る場合は、
8月1日と記入してください。
8月以降に申請する場合は、
提出日（郵送の場合は投函日）
を記入してください。

被保険者本人の氏名を
記入してください。
※押印は不要です。