

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

| | | | |
|---------|--|--------|--|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 連絡先電話番号 | | | |

| | | | |
|------------------|------|-------|-------------|
| 被保険者番号 | | | |
| 被 保 険 者 | フリガナ | | 性別 男 ・ 女 |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住所 | | |

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、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

申請者(被保険者)

氏名

印

(区分) I ・ II (発効年月日) 令和 年 月 日

(交付) 窓口 ・ 郵送 (交付年月日) 令和 年 月 日

(受付者)
