

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	
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			

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印