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 | |  | 個人番号 |  | | | | |
| 被保険者 | フリガナ |  | | | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 住所 | 市・郡　　　　　町・村 | | | | | | |
| 秋田県後期高齢者医療広域連合長　様  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（被保険者）　　氏名 | | | | | | | | |