

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		
	氏名		性別 男・女
	生年月日	年 月 日	
	住所	-	

茨城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。

年 月 日

申請者 住所  
氏名



記入例

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名	後期 一郎	本人との関係	子
届出者住所	〇〇県××市1-1	連絡先電話番号	012-345-6789

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012	
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	性別	男・女
	氏名	後期 太郎		
	生年月日	大正 〇〇年 ××月 △△日		
	住所	△△県□□市2-2		

被保険者と申請者は同じ人にしてください

茨城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。

〇年 〇月 〇日

申請者 住所  
氏名

後期 太郎



忘れずに  
押印して  
ください