

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

捨 印	
--------	--

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		

(あて先) 群馬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。

平成 年 月 日

申請者 住所
氏名

④

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

捨印

広域

届出者名	広域 次男	本人との関係	子
届出者住所	前橋市〇〇町1-3	連絡先電話番号	234-xxxx

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012	マイナンバーを記入	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ レンタロウ		性別	男
	氏名	広域 連太郎			
	生年月日	昭和12年1月1日			
	住所	前橋市〇〇町1-1			

(あて先) 群馬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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者は被保険者です

申請者 住所 前橋市〇〇町1-1
氏名 広域 連太郎

広域