

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

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		
	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適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

記載例

届出者名	秦野 花子	本人との関係	妻
届出者住所	秦野市桜町1丁目3番2号	連絡先電話番号	0463-82-5491

被保険者番号	00000000	個人番号	0000 0000 0000
被 保 険 者	フリガナ	ハダノ タロウ	
	氏名	秦野 太郎	
	生年月日	昭和10年1月1日	
	住所	秦野市桜町1丁目3番2号	

申請書を記入された方の情報をご記入ください

被保険者の方の情報をご記入ください
※個人番号（マイナンバー）についてはご不明の場合記入は不要です

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適用認定証の交付を申請します。

令和 3年 4月 1日

記入した日にちをご記入ください