

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						

高知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 氏 名