

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 下記申請者と同じ	被保険者との関係	
届出者住所	<input type="checkbox"/> 下記申請者と同じ	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・大・昭 年 月 日	
	住所		

(宛先) 京都府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。

年 月 日

申請者 住所
氏名