

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

被保険者番号		0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ ハナコ										性別		女											
	氏 名	広域 花子																							
	生年月日	昭和 3 年 4 月 5 日																							
	住 所	〒 951 - 8750 新潟市中央区学校町通 1 番町 6 0 2 番地 1																							

(あて先) 新潟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を申請

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

申請者 住所 新潟市中央区学校町通 1 番町 6 0 2 番地 1

氏名 広域 花子

電話番号 025 - 285 - 3222

成年後見人の方は
申請者欄に〈成年後見人氏名〉
を書いてください。

広域®

【委任欄】 後期高齢者医療限度額適用 認定証の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人

氏 名

委任を受ける人

住 所

氏 名

（委任する人との関係

来庁者が被保険者本人以外の場合は
【委任欄】 も記入してください。