

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

本人確認済

申請者名		被保険者との関係	
申請者住所			
連絡先 (電話番号)			

下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。

本人確認済

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所		
			担当