

代理人が来庁される場合に記入

記入例

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

捨印

館
林

届出者名	館林 一郎	本人との関係	長男
届出者住所	館林市城町▲番▲号	連絡先電話番号	0276-▲▲-▲▲▲▲

被保険者番号	12345678	個人番号		
被 保 険 者	フリガナ	タテバヤシ タロウ	性 別	男
	氏 名	館林 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	住 所	館林市城町〇番〇号		

(あて先) 群馬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の適用を申請します。

令和 〇年〇〇月〇〇日

被保険者の住所・氏名・電話番号を記入し、
朱肉を使う印で押印してください。

申請者 住所 館林市城町〇番〇号

氏名 館林 太郎

電話 0276-〇〇-〇〇〇〇

館
林