

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

受付印

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 (方書・施設名等)											

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

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認定証の交付を申請します。

年 月 日 住 所

申 請 者 氏 名 (本人との関係: )

連絡先 (電話)

証 処 理	交付：窓口・郵送 ( / )
	回収：済・未 ( / )
	<本人確認>
	書類名： 番 号：

備考			
----	--	--	--

区 分	受 付	入 力	広域確認
現役Ⅱ・現役Ⅰ			