

様式第39号の2 (第22条関係)

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

| | | | |
|-------|--|---------------|--|
| 届出者名 | | 本人との 関 係 | |
| 届出者住所 | | 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 | | |
| | 氏 名 | | |
| | 生 年 月 日 | 年 | 月 日 |
| | 住 所 | | |

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

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