

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		性 別	
被 保 険 者	フリガナ				性 別
	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

申請者 住所

氏名

㊞