

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

記入した方の情報を御記入ください。

届出者名	平塚 花子	本人との関係	妻
届出者住所	平塚市浅間町9番1号	連絡先電話番号	0463-23-1111

被保険者番号	9876543	個人番号	1111 2222 3333
被 保 険 者	フリガナ	ヒラツカ タロウ	
	氏名	平塚 太郎	
	生年月日	昭和○年○月○日	
	住所	平塚市浅間町9番1号	

被保険者について御記入してください。

神奈川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適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日