

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		性別 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 —	
<p>(あて先) 新潟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を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (印)</p> <p>電話番号</p>			

【委任欄】 後期高齢者医療限度額適用認定証の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人

氏名 (印)

委任を受ける人

住所

氏名 (印) (委任する人との関係 )

電話番号