

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

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	〒 —	
<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認定証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (自署の場合は押印不要) ㊟</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 ㊟ (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人

住所

氏名 (委任する人との関係 )

電話番号