

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	熊本県葦北郡芦北町大字	連絡先 電話番号	

被保険者番号	0	個人番号			
被 保 険 者	フリガナ		性別		
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	住所	〒869- 熊本県葦北郡芦北町大字			

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

令和 年 月 日

申請者 住所 熊本県葦北郡芦北町大字  
氏名



後期高齢者医療限度額適用認定申請書

記入例

届出者名	芦北 花子	本人との関係	妻
届出者住所	熊本県葦北郡芦北町大字 ○○ △△△番地		
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	***** **
被 保 険 者	フリガナ	アシキタ タロウ	性別
	氏名	芦北 太郎	
	生年月日	明治・大正・昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○ 日	
	住所	〒869-○○×× 熊本県葦北郡芦北町大字 ○○ △△△番地	

手続きに来られる方

マイナンバーカード、通知カードなどご確認ください

被保険者証をご確認ください

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

令和 ○年○月○○日

申請者 住所 熊本県葦北郡 ○○ △△△番地  
氏名 芦北 太郎

本人の氏名

押印

