

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	生 年 月 日	明治・大正・昭和
	氏名		年 月 日
	住所	性別	男・女

※市町村事務処理欄	申請年度（8月～7月）
判定（適用区分等）	認定（現役Ⅰ・現役Ⅱ）／却下（その他）
発効期日	
その他（世帯構成変更日等）	

岡山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。

年 月 日

申請者 氏名 (被保険者) (印)

(電話番号 — —)

(届出者) 住所

氏名 (続柄:)

(電話番号 — —)