

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		連絡先 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ			性別	
	氏名				男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	住所	〒 -			

(宛先) 石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の適用を申請します。

令和 年 月 日 申請者 住所  
氏名