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	

被保険者番号		個人番号											
被 保 険 者	フリガナ											性別	男・女
	氏名												
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日											
	住所												
適用区分		現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ											

宮城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 氏名

印