

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 (8桁)				個人番号 (12桁)		
被 保 険 者	フリガナ				生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名					
	住所	〒				

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適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所  
(届出者) 氏名 (続柄: )  
(電話番号 - - )

証 処 理	交付	窓口	郵送	( / )
	回収	済み	未	( / )
	本人確認	書類名	免 保 介 その他 ( )	

事 務 処 理 欄	負担区分	現役Ⅰ・現役Ⅱ・却下
	その他	