

見本

届出者名	後期 一郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	028-627-6805		

被保険者番号	12345678	個人番号	999999999999	
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	性 別	男
	氏 名	後期 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	住 所	宇都宮市本町 3-9		

栃木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適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所 宇都宮市本町 3-9
氏名 後期 太郎

確 認 欄	世帯内の被保険者全員が住民税申告されている	確 認 者	
-------------	-----------------------	-------------	--