

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
	氏名		
	生年月日		
	住所		

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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 住所

氏名



【 担当処理欄 】

適 用	現 役 I 現 役 II 却 下	適 用 ( 却 下 ) 日	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受 付 印
--------	------------------------	---------------------------------	-------	-------------	-------------