

別記第33号の2様式（第27条の2関係）

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名	台東 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	東京都台東区東上野4丁目5番6号	連絡先電話番号	03-5246-1111

被保険者番号	12345678	個人番号	123456789012(12桁)	
被 保 険 者	フリガナ	タイトウ タロウ	性 別	男
	氏 名	台東 太郎		
	生 年 月 日	昭和20年1月1日		
	住 所	東京都台東区東上野4丁目5番6号		

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。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 東京都台東区東上野4丁目5番6号

氏名 台東 太郎

【 担当処理欄 】

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