

第14号様式

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	幸 太郎	本人との関係	夫
届出者住所	幸区戸手本町 1-11-1	連絡先電話番号	044-000-xxxx

※被保険者番号、個人番号（マイナンバー）は不明な場合空欄で結構です

被保険者番号	12345678	個人番号	123456789123
被 保 険 者	フリガナ	サイワイ ハナコ	
	氏名	幸 花子	
	生年月日	昭和10年1月1日	
	住所	幸区戸手本町 1-11-1	

神奈川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。

令和 ○年 ○月 ○日