

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		

届出者は記入する人
被保険者は証を発行したい人の氏名等を記入してください。

大阪府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

証を発行したい人の氏名、押印をお願いします。

年 月 日

申請者

氏名 _____ (印)