

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

申請（届出）者名		被保険者との関係	
申請（届出）者住所		電 話 番 号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		

（宛先）京都府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