第１５号様式

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

ご記入いただいているかたについて、ご記入ください。

届出者名	広域　花子	本人との関係	本人
届出者住所	小田原市荻窪３００番地	連絡先電話番号	０４６５－３３－１８４３

被保険者番号		８７６５４３２１	個人番号	１２３４　５６７８　９０１２
被保険者	フリガナ	コウイキ　ハナコ		
	氏名	広域　花子		
	生年月日	大正１１年１１月１日		
	住所	小田原市荻窪３００番地		

被保険者についてご記入ください。

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