

様式第35号の2 (第22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		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号 (8桁)		個人番号 (12桁)	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		性別 男・女
	生年月日	M・T・S	年 月 日
	住所	(連絡先電話番号： — —)	

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

受付 ()