

届出者名		本人との関係	
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		

栃木県後期高齢者医療後期連合長

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

申請者 住所

氏名

確認欄	世帯内の被保険者全員が住民税申告されている	確認者	
-----	-----------------------	-----	--