

様式第24号の2(第18条の2関係)

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	記入した人の情報	との関係	
届出者住所		先電話番号	

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ	記入した人の情報	
	氏名		
	生年月日		日
	住所		

(宛先) 千葉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。

年 月 日