

# 記入例

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	君津 一郎	本人との関係	子
届出者住所	君津市〇〇2丁目3番1号	連絡先電話番号	0439-56-1179

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
被保険者	フリガナ	キミツ タロウ	
	氏名	君津 太郎	
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日	
	住所	君津市〇〇2丁目13番1号	

(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。

〇年 〇月 〇日

申請書を書いていただく前に、対象者の負担区分を確認してください。

(地域市民センターであれば本庁へ電話確認)

※認定証が必要ない場合があります。