様式第33号-2

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | | | 個　人　番　号 |  | |
| 被保険者 | フリガナ |  | | | | 性別 | 男　　・　　女 |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　－ | | | | | |
| （あて先）　新潟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を申請します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　住所    氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　 電話番号 | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | |
| 【委任欄】　後期高齢者医療限度額適用認定証の受領を次の者に委任します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  委任する人  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  委任を受ける人  　　住　　所  　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（委任する人との関係　　　　　　　　　）  　　　　　電話番号 | | | | | | | |