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 |