

届出者名	宇都宮 一郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

被保険者番号	1234567	個人番号	999999999999	
被 保 険 者	フリガナ	ウツミヤ タロウ	性 別	男
	氏 名	宇都宮 太郎		
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇月 〇〇 日		
	住 所	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号		

栃木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。

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者＝被保険者となります。

申請者 住所 宇都宮市旭〇丁目〇番〇号

氏名 宇都宮 太郎

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