様式第35号の２（第22条の２関係）

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号		
被保険者	フリガナ			性別	
	氏名				
	生年月日				
	住所				

和歌山県後期高齢者医療広域連合長　殿

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の適用を申請します。

年　　月　　日

申請者　　住所

氏名　　㊞