

届出者名	足利 一郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	0284-20-2184		

被保険者番号	01234567	個人番号	1234 5678 9012 (マイナンバー)
被 保 険 者	フリガナ	アシカガ タロウ	
	氏名	足利 太郎	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	住所	足利市本城3丁目2145	

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			
令和 ○○年 ○月 ○日			
申請者	住所 足利市本城3丁目2145		
	氏名 足利 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	

・申請者＝被保険者となります。
・申請者と被保険者が異なる場合には、委任状を添付してください。