

後期高齢者医療資格喪失証明書交付申請書

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日 申請

申請者(窓口にくられた方)

住 所			
フリガナ		電話	()
氏 名			

証明書の提出先 及び目的		証明書の 請求枚数	枚
-----------------	--	--------------	---

被保険者(証明書が必要な方)

住 所												
フリガナ					被保険者番号							
氏 名												

資格取得年月日	年 月 日									
資格喪失年月日	年 月 日									
保 険 者 番 号										

資格照合者氏名 _____

備考

受付者

申請者確認	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳
<input type="checkbox"/> その他 ()	