

## 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

<b>申請者(窓口にくられた方)</b>			
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
<b>被保険者(証明書が必要な方)</b>			
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 (                    )	