

後期高齢者医療 } { 被保険者資格(取得・喪失)証明書  
被扶養者該当・障害・特定疾病認定証明書 交付申請書  
負担区分等証明書

届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人( ) 本人確認書類( )	氏名		電話番号				
		住所						
被保険者	被保険者番号							
	フリガナ				電話番号			
	氏名				電話番号			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		
	現住所	〒						
転出のみ記入	転出先住所 (施設名・方書)	〒						
	転出日(転出予定日)	年 月 日						
	同一世帯で転出する者	氏名	氏名		氏名			
		氏名	氏名		氏名			
証明書種別	<input type="checkbox"/> 被保険者資格取得・喪失証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者該当証明書 <input type="checkbox"/> 障害認定証明書 <input type="checkbox"/> 特定疾病認定証明書 <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書							
<p>福島県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり証明書の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名 (被保険者)</p>								
処理欄	証明書交付(未・済)	年	月	日	電算処理(未・済)	年	月	日
	備考	入力者			確認者			

市 町 村 名