

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
負担区分等証明書

交付申請書

届出者	☐ 本人 ☐ 世帯主 ☐ 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												
	個人番号												
	フリガナ							電話番号					
	氏名												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日											
	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							

証明書種別	☐ 被保険者資格取得・喪失証明書 ☐ 被扶養者該当証明書 ☐ 障害認定証明書 ☐ 特定疾病認定証明書 ☐ 負担区分等証明書											
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり証明書の交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏 名
(被保険者)

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	
---------	--