

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

届出者名				本人との関係			
届出者住所				連絡先電話番号			
被保険者番号				個人番号			
被 保 険 者	フリガナ			性別		男・女	
	氏名			生年月日		大・昭 年 月 日	
	住所	〒					
転 出 の み	転出(予定)日	令和 年 月 日					
	転出先住所	〒					
	同一世帯で 転出する者	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。 令和 年 月 日							

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	証 明 書	交付（未・済） 令和 年 月 日（即時・郵送）						
		電算処理（未・済） 令和 年 月 日						
	備 考					入 力		確 認
				市町村名				