

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

平成 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	平成 年 月 日		
資格喪失年月日	平成 年 月 日		
被保険者番号			
資格照合者氏名 _____ ⓐ			

備考	
----	--

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 ()
-------	--