

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主	氏名			電話番号			
	<input type="checkbox"/> 代理人()	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	男・女	
	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	<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							
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 ⑩ (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