

後期高齢者医療各種証明書交付申請書

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		
フリガナ		
氏名		
生年月日		年 月 日
住所 (施設名及び施設所在地)	旧	
	新 (現)	

1 必要とする証明書の□にレ印を記入すること。

資格喪失証明書（他保険者へ提出する必要がある場合）

※ 障害認定証明書（転出時）

※ 特定疾病認定証明書（転出時）

※ 負担区分等証明書（本人及び同一世帯に転出する次の者）（転出時）

氏名	氏名
氏名	氏名
氏名	氏名

2 上記の※印の証明書を必要とする者は、必ず記入すること。

年 月 日 都道府県 市区町村に転出予定

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、証明書の交付を申請します。

年 月 日

市町村 処理欄	システム 入力年月日	. .	広域連合 処理欄	広域連合 受付年月日	. .	システム 確認済	□
------------	---------------	-----	-------------	---------------	-----	-------------	---

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 資格確認書	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	