

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	<input type="checkbox"/>
------------	---------------	-----	-------------	---------------	-----	-------------	--------------------------