

後期高齢者医療認定証明書交付申請書

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				
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	旧住所	市・郡	町・村	
	新住所	都・道・府・県	市・区・郡	町・村
異動日（転出日）		年	月	日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、

- | | |
|---|---|
| □ | 高齢者の医療の確保に関する法律第 99 条第 2 項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書 |
| □ | 高齢者の医療の確保に関する法律による障害認定証明書 |
| □ | 高齢者の医療の確保に関する法律による特定疾病認定証明書 |

の交付を申請します。

年 月 日