

後期高齢者医療制度受診情報等証明書交付申請書

申請者名		本人との関係	
申請者住所		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・大・昭 年 月 日						
	性別	男性・女性						
	住所							
交付を希望する 診療期間		平成・令和 年 月診療分 ～ 平成・令和 年 月診療分						
交付申請理由		1. 紛失 2. 汚損 3. 申告 4. その他（ ）						

必要書類を添えて、後期高齢者医療制度受診情報等証明書の交付を申請します。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

年 月 日

申請者 住所

氏名



※交付までに2週間程度掛かりますので、予めご了承ください。