# 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 | | | | | | | |
| | 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

令和　　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、あらかじめご了承ください。