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		令和　　年　　月診療分　～　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。