

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	
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	
	住所	
申請する証明書	1 後期高齢者医療被用者保険被扶養者であった被保険者の認定証明書 2 後期高齢者医療障害認定証明書 3 後期高齢者医療特定疾病認定証明書	

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日に転出するので、上記の認定書の交付を申請します。

年 月 日

申請者 旧住所 \_\_\_\_\_

新住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)