

後期高齢者医療資格確認書窓口受取希望届

届出年月日		年 月 日	電話・来庁・その他 ()	
被 保 険 者	フリガナ			被 保 険 者 番 号
	氏 名			
	住 所			
	連 絡 先	— —		
届 出 者	氏 名		本人との関係	
	住 所			
	連 絡 先	— —		
窓口交付希望理由				
受取予定日		年 月 日		

受 取 日		年 月 日	受 領 印 ※	
受 取 人	氏 名		本人との関係	
	住 所			
	連 絡 先	— —		
		確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	対 応 者

※受取人氏名欄が自著の場合は押印省略可