

後期高齢者医療被保険者証窓口受取希望届

届出年月日		平成 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		平成 年 月 日		

受 取 日		平成 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"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	対 応 者