

様式第2号(第2条、第3条関係)

後期高齢者医療資格喪失証明書交付申請書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所  
申請者 氏 名  
電 話

資格喪失証明書の交付を受けたいので、長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則第2条・第3条の規定により申請します。

被 保 険 者 番 号		
フ リ ガ ナ		
証 明 を 必 要 と す る 者 の 氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	男・女
住 所		