

# 後期高齢者医療傷病届済証明申請書

被 保 険 者 証 の 番 号					
被 保 険 者	氏 名			性別	男・女
	生年月日	年	月		
発 生 日		年 月 日			
診 療 開 始 日		年 月 日			
診療を受けた又は 受けようとする 療養取扱機関	所 在 地				
	名 称				
上記のとおり申請いたします。					
和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様					
年 月 日					
届出者住所					
届出者氏名 <span style="float: right;">㊞</span>					
被保険者との続柄( )					