

後期高齢者医療保険給付支給決定額確認申請書

届出者名		被保険者 との関係	
連絡先 電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号						
	氏名						
	生年月日						
	住所						
	対象保険給付	平成	年	月	～ 平成	年	月

上記の後期高齢者医療保険給付支給決定額の確認書を発行していただきますよう、申請いたします。

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

平成 年 月 日

申請者 氏名 印