

令和 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

後期高齢者医療被保険者証受領書

私は、後期高齢者医療被保険者証を（被保険者に代わり）受領しました。

被保険者番号 _____

被保険者住所 岸和田市 _____

被保険者氏名 _____

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日 _____

受領者氏名 続柄 _____

受領者住所 _____

電 話 番 号 _____