

令和 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

後期高齢者医療資格確認書受領証

私は、後期高齢者医療被資格確認書を(被保険者に代わり)受領しました。

被保険者番号

\_\_\_\_\_

被保険者氏名

\_\_\_\_\_

被保険者住所

岸和田市

生年月日

大正 昭和 年 月 日

受領者が被保険者と同じの場合は左へチェック(電話番号を記入)

受領者氏名

続柄

\_\_\_\_\_

受領者住所

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

市記入欄

受付者

\_\_\_\_\_

確認者

\_\_\_\_\_

年次・日次

身分確認

運転免許証 運転経歴証明書 パスポート 在留カード 身体障害者手帳  
マイナンバーカード 旧資格確認書 その他( )