

後期高齢者医療資格喪失証明書

住 所				
氏 名				
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日
資格取得年月日		年	月	日
資格喪失年月日		年	月	日
資格喪失事由	1. 障害認定の申請の撤回による 2. その他（ ）			
証 番 号	保険者 番号		被保険者 番号	

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

年 月 日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長