

様式第3号（第3条関係）

後期高齢者医療被保険者資格喪失証明書交付申請書

年 月 日に被保険者資格を喪失したため、後期高齢者医療
被保険者資格喪失証明書の交付を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様