

様式第 43 号 (第 25 条関係)

後期高齢者医療自己負担額証明申請書

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
住 所	
期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで

上記のとおり、後期高齢者医療自己負担額証明書の交付を申請します。

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者

住 所

氏 名

㊞