

令和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

受 領 書

私は、後期高齢者医療に関する以下の証を（被保険者に代わり）受領しました。

（受領した証は□にチェックしてください）

- 被保険者証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 限度額適用認定証
- 特定疾病療養受領証
- その他（ ）

被保険者氏名 _____ 印 _____

被保険者番号 _____

被保険者住所 _____

生年月日 明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者に代わり受領された場合は、以下も記載ください

受領者氏名 _____ 印 続柄 _____

受領者住所 _____

電話番号 _____