

後期高齢者医療における証明書交付申請書

年 月 日 都(道府県) 市(区 町 村)に転出

するので

本人及び同一世帯に転出する以下の者にかかる**負担区分等証明書**
高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項の被扶養者であった**被保険者に該当する旨の証明書**
高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の**障害認定証明書**
高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第6項の**特定疾病認定証明書**

の交付を申請します。

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

年 月 日

申請者

旧住所

新住所

氏名

印

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様