

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

令和 年 月 日 県(道府) 市(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係る高齢者の医療の確保に関する法律による負担区分等証明書の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者： 住 所

氏 名

電話番号

旧住所	
新住所	

フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	

(用紙規格 A4)

被扶養者	有・無	障害認定	有・無	特定疾病	有・無
------	-----	------	-----	------	-----