

後期高齢者医療負担区分等証明申請書

令和 年 月 日 都 道 市 区 に
府 県 町 村

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証明書の交付を申請します。

(被保険者番号)

氏 名	_____	_____
氏 名	_____	_____
氏 名	_____	_____
氏 名	_____	_____

令和 年 月 日

申請者 旧住所 _____
新住所 _____
氏 名 _____

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様