

後期高齢者医療認定等証明願

令和 年 月 都道 市区  
府県 町村 に

転出するので、

- 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項障害認定証明書
- 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第4項の特定疾病認定証明書
- を

交付願います。

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