

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

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。

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

年 月 日

申請者 旧住所 \_\_\_\_\_

新住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

福井県後期高齢者医療広域連合長 様