

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の転出する以下の者に係る後期高齢者医療負担区分等証明書の交付を申請します。

氏 名 (被保険者番号)

氏 名 (被保険者番号)

氏 名 (被保険者番号)

氏 名 (被保険者番号)

氏 名 (被保険者番号)

年 月 日

被保険者旧住所

被保険者新住所

申請人住所

申請人氏名

印 (続柄:)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様