

後期高齢者医療負担区分等証明申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

_____年 _____月 _____日に、_____（都・道・府・県）
 の_____（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制度負担区分等証明書の交付を申請します。

後期高齢者医療被保険者番号※	氏名

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

旧住所 広島県

新住所

※後期高齢者医療の被保険者の人だけ、「被保険者番号」を記入してください。

証明書送付日	年 月 日	証明証を受領しました。 (サイン)
システム入力者	システム確認者	
(備考)		市区町受付印