

## 後期高齢者医療認定等証明書交付申請書

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）に転出するので以下の者に係る後期高  
 齢者医療認定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

証明 の 内 容	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の障害認定 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第6項の特定疾病認定
-------------------	---

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

証明書送付日	年      月      日	証明書を受領しました。 (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