

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、

- 高齢者の医療を確保する法律による負担区分等証明書
- 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1項第2号の障害認定証明書
- 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

の交付を申請します。

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長