

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

旧住所

申請者 新住所

氏 名

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛