

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

平成 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 _____

平成 年 月 日

旧住所 _____

申請者 新住所 _____

氏名 _____

山形県後期高齢者医療広域連合長 様