

## 後期高齢者医療による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かか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

申請者 { 旧住所  
新住所  
氏名

印

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様