

記入例

式(第15条関係)

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

転出予定日・転出先をご記入ください

〇年〇〇月〇〇日 〇〇 県(道府) 〇〇 市(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。

申請者の
ご住所・氏名をご記入ください

〇年〇〇月〇〇日

申請者 住 所 品川区〇〇1丁目1番1号

氏 名 品川 太郎

必ずご記入ください

日中、連絡が取れる電話番号を
ご記入ください

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

旧住所	品川区〇〇1丁目1番1号
新住所	〇〇県〇〇市〇〇1丁目1番1号

旧住所に転出前のご住所、
新住所に転出先のご住所をご記入
ください

フリガナ	シナガワ タロウ	被保険者番号	12345678
氏 名	品川 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
フリガナ	シナガワ ハナコ	被保険者番号	
氏 名	品川 花子	生年月日	
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	

ご転出される同じご世帯の方全員の
氏名・被保険者番号・生年月日をご記入
ください

(用紙規格 A4)

転出届を出したあとに、赤字部分を申請書にご記入のうえ国保医療年金課高齢者医療係あてにご郵送ください。

申請受理後、被保険者本人あてに転出前のご住所（送付先設定されていれば送付先住所）に「負担区分等証明書」を郵送します。