

後期高齢者医療 認定 証明書交付申請書
負担区分等

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長		令和 5 年 1 月 1 0 日															
申請者	旧住所	京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町 5 0 0 - 1															
	新住所	△△県△△市△△町1-1															
	氏 名	京都 太郎	被保険者番号	01234567													
<p>令和 5 年 2 月 1 日に △△ 都道府県 △△ 市区町村 に転出するので、</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者に係る高齢者の医療の確保に関する法律第 5 0 条第 2 号の障害認定証明書の交付を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者に係る高齢者の医療の確保に関する法律施行令第 1 4 条第 6 項の特定疾病認定証明書の交付を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者に係る高齢者の医療の確保に関する法律第 9 9 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の交付を申請します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯に転出する以下の者の後期高齢者医療負担区分等証明書の交付を申請します。</p> <table><tr><td colspan="2">負担区分等証明書交付対象者</td></tr><tr><td>氏名</td><td>京都 太郎</td></tr><tr><td>氏名</td><td>京都 花子</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td></tr></table> <div>後期高齢者医療の被保険者の方にかかわらず、同時に転出される同一世帯の方全員の氏名をご記入ください。</div>				負担区分等証明書交付対象者		氏名	京都 太郎	氏名	京都 花子	氏名		氏名		氏名		氏名	
負担区分等証明書交付対象者																	
氏名	京都 太郎																
氏名	京都 花子																
氏名																	
氏名																	
氏名																	
氏名																	