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あて

令和　　年　　月　　日、　　県(道府)　　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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名

電話番号　　(　　)

旧住所	
新住所	

フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生 年 月 日	T･S　年　月　日
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生 年 月 日	T･S　年　月　日
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生 年 月 日	T･S　年　月　日
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生 年 月 日	T･S　年　月　日
フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生 年 月 日	T･S　年　月　日

【担当処理欄】　《 受付 》 窓口･郵送･出張所（ 緑･横川･東向･墨二･文花 ）　R7.1

□ 自治体からの送付依頼	減額証の写し	各 種 証 明 書			受 付	資 格	受　付　印
(自治体名)	非該当	被扶養者	障害認定	特定疾病			
(住所)　〒	交付した	有	有	有			
(担当者)　　(電話)	未交付	無	無	無			

※転出先が、都外の施設･病院等の場合には、特例地扱いとなりますので負担区分証明書は発行しません。
長寿医療(後期高齢者医療)資格･給付担当にご連絡ください。