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

中請者 住 所 旧住所 万リガナ 被保険者番号 ブリガナ 被保険者番号 である。 生年月日 T·S 年 月 日 フリガナ 低名 生年月日 T·S 年 月 日 フリガナ でおる。 氏名 生年月日 T·S 年 月 日 フリガナ でおる。 氏名 生年月日 T·S 年 月 日 でなる 生年月日 T·S 年 月 日	<u>令和 年 月 日、 県(道府) 市(町村)</u> 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 TUガナ 依保険者番号 サリガナ 氏名 フリガナ 氏名 生年月日 Tいま 大田 (大田 (大田 (大田 (大田 (大田 (大田 (大田 (大田 (大田 (令和	年	月		日												
Table Ta		申請者	住	所													
旧住所 新住所 被保険者番号 世年月日 T·S 年 月 日 フリガナ 世年月日 T·S 年 月 日 フリガナ 世年月日 T·S 年 月 日 日 フリガナ 世年月日 T·S 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日			氏	名													
新住所 フリガナ 氏名 被保険者番号 大名 生年月日 T·S 年 月 日 で、S 年 月 日 で、方 年 日 で、方 年 日 で、方 年 月 日 で、方 年 日 日 で、方 年 日 で、方 年 日 日 で 日 で 日 で 日 で で、方 年 日 日 で 日 で 日 で で 日 で 日 で で 日 で 日 で で 日 で で で で 日 で			電話	潘号			()							
フリガナ 被保険者番号 氏名 生年月日 T·S 年 月 日 ブリガナ 被保険者番号 佐保険者番号 世年月日 T·S 年 月 日 ブリガナ 被保険者番号 びより で保険者番号		旧住所															
氏名 生年月日 T·S 年月日 フリガナ 被保険者番号 並保険者番号 上の 氏名 生年月日 T·S 年月日 フリガナ 被保険者番号 生年月日 T·S 年月日 ブリガナ 被保険者番号 世界月日 ブリガナ 被保険者番号 近日 でおります。 でおります。 でおります。 大き 生年月日 T·S 年月日 ブリガナ 被保険者番号 エータ		新住所															
エキ月日 T·S 年月日 ブリガナ 被保険者番号 並保険者番号 氏名 生年月日 T·S 年月日日 ブリガナ 低保険者番号 生年月日 T·S 年月日日 ブリガナ 被保険者番号 並保険者番号 近日 である		フリガナ							被保険者	番号				i	į	i	i
氏名 生年月日 T·S 年月日 プリガナ 被保険者番号 生年月日 T·S 年月日 氏名 生年月日 T·S 年月日 大名 生年月日 T·S 年月日 大名 生年月日 T·S 年月日 大名 生年月日 T·S 年月日 大名 生年月日 T·S 年月日		氏 名							生年月	月日	Т	·S	<u> </u>	i 年	<u>:</u> 月	<u>i</u>	i 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 ブリガナ 被保険者番号 び保険者番号 被保険者番号		フリガナ							被保険者	番号				į			
氏名 生年月日 T·S 年月日日 プリガナ 被保険者番号 生年月日 T·S 年月日日 プリガナ 被保険者番号 被保険者番号		氏 名							生年月	月日	Т	·S	<u> </u>	年	_		日
エキ月日 T'S 年月日 7リガナ 被保険者番号 1 (1) (2) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4		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	月日	Т	·s		年			日
フリガナ 被保険者番号		フリガナ							被保険者	番号				i			
		氏 名							生年月	月日	Т	·S	<u>i i</u>	年 年	i 月	<u>i </u>	日
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	Т	·S	. i	i 年	i 月	<u>i </u>	一 日

【担当処理欄】 (受付) 窓口·郵送·出張所(緑·横川·東向·墨二·文花)

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 被扶養者 障害認定 特定疾病 (自治体名) 非該当 (住所) 〒 交付した 有 有 有 (担当者) 未交付 無 無 無 (電話)

R7.1

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。