

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交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）

に転出するので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。

年 月 日

旧住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

新住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様