

後期高齢者医療

負担区分等証明書
被扶養者該当・障害認定・特定疾病認定証明書

交付申請書

転出年月日	年 月 日
旧住所	岡山県
新住所 (転出先)	

※世帯内で同一世帯に転出される方をすべて記入してください。

(どちらかに○)	氏 名	被保険者番号 (被保険者のみ)	(被保険者については 該当するものに○)		
			被扶養者	障害	特定疾病
被保険者・世帯員					

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

県外に転出する被保険者及び世帯員のうち、同一世帯に転出する上記の者にかかる後期高齢者医療負担区分等証明書及び被扶養者該当・障害認定・特定疾病認定証明書(該当する場合)の交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏 名 (被保険者) ⑩

(電話番号 — —)

(届出者) 住 所 氏 名 (続柄:)

(電話番号 — —)

市町村事務処理欄				
交付	窓口・郵送(郵送先:旧住所・新住所) (/)			
処理区分	負担区分	被扶養者	障害認定	特定疾病
本人確認	書類名	免 保 介		
	番 号			

市町村	
受付印	受付者印