

・県外に転出される際に必要な証明書の交付申請書です。交付を受けた証明書は、転入手続きの際、後期高齢者医療担当窓口へ提出してください。

- ・**負担区分等証明書**: 負担区分(一部負担金の割合や1か月の医療費の自己負担限度額等)の判定の基礎となります。
- ・**被扶養者該当証明書**: 後期高齢者医療制度加入前日に健康保険組合等(国保及び国保組合は除く。)の被扶養者であった人。【転入先で引き続き保険料の軽減を受けるために必要です。】
- ・**障害認定証明書**: 65～74歳で障害認定により後期高齢者医療制度に加入されている人。【転入先で引き続き後期高齢者医療制度に加入する際に必要です。】
- ・**特定疾病認定証明書**: 後期高齢者医療特定疾病療養受療証をお持ちの人(人工透析治療等の長期にわたり高額な治療が必要となる疾病に係る広域連合の認定を受けた人)。

記入例

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	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
旧住所	岡山県 ○○市○○町××番地				
新住所 (転出先)	○○県○○市○○町△△△番地				
※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	広域 太郎	01234567			○
被保険者・世帯員	広域 花子	01234653	○		
被保険者・世帯員					
被保険者・世帯員					
被保険者・世帯員					
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。					
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
申請者 (届出者)		住 所	広域 太郎		
		氏 名	○○市○○町××番地 (続柄: 本人)		
		(電話番号	○○○ - ××× - △△△△)		