

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

令和 年 月 日 都道府県 市区町村に転出
するので本人及び同一世帯に転出する以下の者に係る負担区分等証明書の
交付を申請します。

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長