

後期高齢者医療認定証明書交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）  
に転出するため

〔 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 8 条  
第 1 項の障害認定証明書又は第 6 2 条第 4 項の特定  
疾病認定証明書 〕 を申請します。

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名 ㊦

（自署の場合は押印不要）

被保険者番号 \_\_\_\_\_

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療認定証明書の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊦（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人 住 所

氏 名

電話番号 （ ）

委任する人との関係