

後期高齢者医療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。

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

㊤

（自署の場合は押印不要）

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療負担区分等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