

記入例

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

月 日	年 月 日	届出年月日	年 月 日		
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書	事 由	1 新規届出	2 変更届出	3 喪失届出
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		<input type="checkbox"/> 県外転入	<input type="checkbox"/> 氏名変更	<input type="checkbox"/> 死 亡
	<input type="checkbox"/> 特定疾病病		<input type="checkbox"/> 生保停廃止	<input type="checkbox"/> 県内市(区)町転出入	<input type="checkbox"/> 県外転出
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 市(区)町内転居	<input type="checkbox"/> 生活保護開始	
			<input type="checkbox"/> その他	()	

※誤って記入した場合は二重線で消して、訂正してください

太わく内をご記入ください。

	新規、変更後、喪失後の状況	変更前、異動前の状況
フリガナ	カワニシ タロウ	
被 保 険 者 氏 名	川西 太郎	
被 保 険 者 番 号	12345678 ※不明の場合は空白にしてください	
個 人 番 号		
生 年 月 日	明・大・昭・(西暦) ■ 年 ○ 月 △ 日	性別
住 所、居 所 地 (施 設 名 等)	川西市○○-△△	男 ・ 女
フリガナ		
世 帯 主 氏 名 (続 柄)	()	()
世 帯 主 生 年 月 日	明・大・昭・(西暦) 年 月 日	世帯主性別
同 世 帯 に お け る 被 保 険 者 の 有 無	有 ・ 無	男 ・ 女
	< 同世帯の被保険者氏名 > _____ _____ < 被保険者番号 > [] []	

※亡くなられたかたの情報を記入してください

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

なお、被保険者の資格に関し、広域連合又は市(区)町が被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、必要な調査を行うことに同意します。

届出人住所：

届出人氏名：

(続 柄：)

(電 話 — —)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

処 理 欄	交付：窓口・郵送 (/)
	回収：済 ・ 未 (/)
	< 本人確認 >
	書類名：免(経)・マイ・パ・障・介・資格確認書 その他 ()

< 返還誓約 > (※ 資格確認書等の提出がない場合のみ記入)

このたび、資格確認書等を持参しなかったため提出することができません。後日、直ちに返納することはもちろん、当該資格確認書等にて、医療給付を受けないことを誓約いたします。

令和○年 △月 ×日 ※記入日を記入してください

届出人氏名 川西 二郎

備 考		受 付 者	保険料精算	通称名希望
			未 ・ 済	有 ・ 無

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

事由発生年月日		年 月 日		届出年月日		年 月 日		
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書	事 由	1 新規届出		2 変更届出		3 喪失届出	
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		<input type="checkbox"/> 県外転入	<input type="checkbox"/> 氏名変更		<input type="checkbox"/> 死亡		
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		<input type="checkbox"/> 生保停廃止	<input type="checkbox"/> 県内市(区)町転出入		<input type="checkbox"/> 県外転出		
			<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> 市(区)町内転居		<input type="checkbox"/> 生活保護開始		
			<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他	
			()		()		()	



太わく内をご記入ください。



		新規、変更後、喪失後の状況		変更前、異動前の状況	
フリガナ					
被保険者氏名					
被保険者番号					
個人番号					
生年月日		明・大・昭・(西暦)	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所、居所地 (施設名等)					
フリガナ					
世帯主氏名 (続柄)		()		()	
世帯主生年月日		明・大・昭・(西暦)	年 月 日	世帯主性別	男 ・ 女
同世帯における 被保険者の有無	有	<同世帯の被保険者氏名>		<被保険者番号>	
	・	_____		[]	
	無	_____		[]	

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

なお、被保険者の資格に関し、広域連合又は市(区)町が被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、必要な調査を行うことに同意します。

届出人住所：

届出人氏名：

(続 柄：)

(電 話 — —)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

処 理 欄	交付：窓口・郵送 (/)
	回収：済 ・ 未 (/)
	<本人確認>
	書類名：免(経)・マイ・パ・障・介・資格確認書 その他 ()

<返還誓約> (※ 資格確認書等の提出がない場合のみ記入)	
このたび、資格確認書等を持参しなかったため提出することができません。後日、直ちに返納することはもちろん、当該資格確認書等にて、医療給付を受けないことを誓約いたします。	
年 月 日	
届出人氏名 _____	

備考	
----	--

受 付 者	保険料精算	通称名希望
	未 ・ 済	有 ・ 無