

記載例

後期高齢者医療資格取得（変更 **喪失**）届

(死亡)

事由発生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日	届出年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
証種別	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証	事由	1 新規届出
	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証		2 変更届出
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証		3 喪失届出
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		
			<input type="checkbox"/> 1 新規届出 <input type="checkbox"/> 2 変更届出 <input type="checkbox"/> 3 喪失届出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <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	アシヤ タロウ	
被保険者氏名	芦屋 太郎	
被保険者番号	12345678	
個人番号		
生年月日	明・大・昭・(西暦) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別 男 ・ 女
住所、居所地 (施設名等)	芦屋市〇〇町〇〇番〇〇号	
フリガナ		
世帯主氏名 (続柄)	同上 ()	()
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <同世帯の被保険者氏名> 芦屋 花子 _____ _____	<被保険者番号> [87654321] _____ _____

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。

下記のとおり、相続人代表者を届け出ます。届出人住所：芦屋市〇〇町〇〇番〇〇号

氏名	届出人氏名：芦屋 太郎	(続柄：本人)
----	-------------	---------

右に同じ (電話 0797 - 〇〇 - 〇〇〇〇)

相続人代表が届出人と同じ場合は「右に同じ」にチェックして記載省略可です。

また、相続人代表者と被保険者(被相続人)の住所が異なる場合は「送付先登録申請書」を合わせてご提出ください。

提出がない場合のみ記入) 参しなかったため提出すること返納することはもちろん、当を受けないことを誓約いたし

書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・

その他 ()

年 月 日

届出人氏名 _____

被保険者証の返納ができない場合のみご記入ください

備考	受付者	保険料精算	通称名希望
		未・済	有・無