

記載例

後期高齢者医療資格取得 (変更・喪失) 届

(転出入・転居)

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		□死亡
			□県外転入
	□県外転出	□氏名変更	□県内市(区)町転出入
	□生保停廃止	□市(区)町内転居	□生活保護開始
	□年齢到達	□その他	□その他
	□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	芦屋市△△町△△番△△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 <input type="checkbox"/> 無	<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。

届出人住所：芦屋市〇〇町〇〇番〇〇号

届出人氏名：芦屋 太郎

(続柄：本人)

(電話 0797 - 〇〇 - 〇〇〇〇)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

証処理	交付：窓口・郵送 ( / )	<証返還誓約> (※ 証提出がない場合のみ記入) このたび、被保険者証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、当該被保険者証等にて、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 _____
	回収：済・未 ( / )	
	<本人確認> (転出のとき)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