

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"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 生保停廃止 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市(区)町転出入 <input type="checkbox"/> 市(区)町内転居 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" 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、居住地 (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 <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。

下記のとおり、相続人代表者を届け出ます。

氏名	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)
<input type="checkbox"/> 右に同じ	(電話 0797 - 〇〇 - 〇〇〇〇)

相続人代表者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)

正等を持参しなかったため提
ん。後日、直ちに返納するこ
被保険者証等にて、医療給付を
します。

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

受 付 者	保険料精算	通称名希望
	未・済	有・無

備考