

記入例

申請者の公的身分証明書（運転免許証等）のコピーを添付してください

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

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	2 変更届出	3 喪失届出
	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証		<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 checked="" type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市(区)町転出入 <input checked="" type="checkbox"/> 市(区)町内転居 <input type="checkbox"/> その他	<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
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証		( )	( )	( )
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		( )	( )	( )

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	イタミ ハナコ	センゾ ハナコ
被保険者氏名	伊丹 花子	千僧 花子
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	
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)	伊丹市〇〇町〇〇番〇〇号	伊丹市△△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 ・ 無	
	<同世帯の被保険者氏名> 伊丹 太郎	<被保険者番号> [ 8 7 6 5 4 3 2 1 ]

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：伊丹市〇〇町〇〇番〇〇号  
届出人氏名：伊丹 花子  
(続柄：本人)  
(電話 〇〇〇 - 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。 令和〇年〇〇月〇〇日 届出人氏名 伊丹 花子
	回収：済・未 ( / )	
	<本人確認>	
	書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他 ( )	

備 考	受 付 者	保険料精算	通称名希望
		未・済	有・無

異動日を記入してください

該当するものを選択してください

被保険者の最新の情報を記入してください

世帯主の情報を記入してください

同世帯に本人以外の後期高齢者医療制度の被保険者がいるかを記入してください

届出日を記入してください

氏名を変更した場合、変更前の氏名を記入してください

性別選択してください

住所を変更した場合、変更前の住所を記入してください

届出者の情報を記入してください

変更前の被保険者証を返却できない場合、記入してください