

記入例

者医療関係

用高齢者医療関

市は連合は、円米或をか

●申請書に添付するもの●

- ・申請者の公的身分証明書(運転免許証等)のコピー
- ・被保険者の保険証のコピー(申請理由が死亡の場合は不要)

申請日を記入してください

申請(届出) 年 月 日	令和〇年 〇〇月 〇〇日	申請者等 確認書類	書類名: 免(経)・マイ・ハ・障・保・介・ その他()
申請者の 情報 を 記入 し て く だ さ い	者 等 名 兵庫 一郎	被保険者 との続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 長男
	住 所 (住所)	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ	
	〒 650 - 0021 神戸市中央区三宮町〇丁目〇 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
申請理由を 選択 して く だ さ い	出) <input checked="" type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> その他()		
	日	開始日は申請書の受付日(遡及不可)、 終了日は送付先変更申請(終了届出)があるまでです。	
終 了 日	<input type="checkbox"/> 送付先変更申請(終了届出)があるまで		
書 類 区 分 (<input type="checkbox"/> にレ印をして ください)	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関するすべての書類 ※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。 <input type="checkbox"/> 資格管理帳票 <input type="checkbox"/> 賦課管理帳票 <input type="checkbox"/> 収納管理帳票 <input type="checkbox"/> 給付管理帳票		

被保険者の
情報
を
記入
し
て
く
だ
さ
い

被 保 険 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	
フリガナ	イタミ タロウ							明治・大正 昭和 (西暦)	
名	伊丹 太郎							生年月日 9年 2月 1日	
住 所	〒 664 - 8503 伊丹市千僧1丁目1番地							※住所は略さずにご記入ください。	
者	電話番号 (072) 784 - 8041								

変 更	フリガナ		
	氏 名	被保険者に同じ	
送 付 先	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ (申請者様方)	
	電話番号	変更送付先の住所が申請者住所と異なる 場合はご記入ください。 <u>様方</u> (その他施設名等)	

以下市(区)町記入欄

受付日	年 月 日	受付者	
被 保 険 者 の 意 思 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 電話確認 <input type="checkbox"/> その他(書類確認等)		登録お知らせ 通知差止チェック <input type="checkbox"/> 理由等(送付すべきでない特別な理由がある場 合のみ通知を差し止めます。)
	<input type="checkbox"/> 意思確認不能 (確認者:) ~その他確認書類名又は意思確認不能理由等~		