

受 付 日

(表)

後期高齢者医療資格取得(変更・喪失)届書

被保険者番号													
区 分		新 規 (変更・喪失)					変 更 前					事 由	
(フリガナ) 氏 名												1 新 規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市町村から転入 <input type="checkbox"/> 法第51条に非該当 <input type="checkbox"/> 法第55条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条の2該当 <input type="checkbox"/> その他 ()	
生 年 月 日		年 月 日生			性 別						年 月 日生		
住 所 ・ 居 住 地 (施設名及び施設所在地)												2 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 世帯・世帯主の変更 <input type="checkbox"/> 法第55条第2項適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2第2項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
個 人 番 号													
マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										3 喪 失 <input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第51条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条不適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2不適用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
世 帯 主	氏 名												上記の事由発生年月日 (. .)
	性 別												
帯	生 年 月 日	年 月 日生								年 月 日生			
	個 人 番 号												
主	続 柄											上記の事由発生年月日 (. .)	
	同 一 世 帯 の 他 の 被 保 険 者 (有・無)	氏 名	被 保 険 者 番 号	氏 名	被 保 険 者 番 号						上記の事由発生年月日 (. .)		

理由:

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

年 月 日

住 所

(居住地)

氏 名

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診予定あり 年 月 日受診
医療機関名 ()

・入院又は入所中のため 病院・施設名 ()
入院・入所日 年 月 日から

・その他やむを得ない理由 (具体的理由)

()

※ 本人確認欄

運転免許証 パスポート 賦課決定通知書 納入通知書 住基カード
在留カード・特別永住者証明書 障害者手帳 個人番号カード
その他 ()

処理者	確認者	証発行者