

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)											上記の事由発生年月日 (. .)	
個 人 番 号											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() 上記の事由発生年月日 (. .) 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() 上記の事由発生年月日 (. .)	
世 帯 主	氏 名											
	性 別											
	生年月日	年	月	日	生	年	月	日	生			
	個人番号											
続 柄												
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								
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												
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛												

(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

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

処理者	確認者	証発行者