

(表)

後期高齢者医療資格取得(変更・喪失)届書

受付日

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( )  上記の事由発生年月日 ( . . )  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 ( . . )			
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)										
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									
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

(裏)

※ 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"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 特定在留カード・特定特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		
<input type="checkbox"/> その他 (	)			

処理者	確認者	証発行者