

資格取得（変更・喪失）届書記入見本

様式第2号

受付日

被保険者番号を記載してください。（新規を除く）

(表)

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届書

被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	
区分	新規（変更・喪失）							変更前	事由
（フリガナ）氏名	コウイキ タロウ 広域 太郎								1 新規 ☐ 75歳に到達 ☐ 他の市町村から転入 ☐ 法第51条に非該当 ☐ 法第55条該当 ☐ 法第55条の2該当 ☐ その他（ ） 記の事由発生年月日 ・ ・ （ ） 変更 氏名の変更 ☐ 同一市町村内の転居 ☐ 世帯・世帯主の変更 ☐ 法第55条第2項適用 ☐ 法第55条の2第2項適用 ☐ 継続居住地変更 その他（ ） 記の事由発生年月日 ・ ・ （ ）
生年月日	昭和24年1月1日生				性別	男	年 月 日生		
住所・居住地 （施設名及び施設所在地）	大阪府大阪市中央区常盤町1丁目3番8号							異動があった被保険者の氏名等を記載	
個人番号	000000000000								
マイナンバーカード （※）の健康保険証 利用登録の有無	☐ 有 ☒ 無								
世帯主	氏名	広域 太郎						異動があった被保険者の方以外が世帯主の場合は世帯主の氏名等を記載	
	性別	男							
	生年月日	昭和24年1月1日生							
	個人番号	000000000000							
	続柄	有 ☒ 無							
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 （ R7・11・30 ）				
	広域 花子	88888888			同一世帯内に他の被保険者がいる場合は情報を記載				

理由：

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

令和7年 12月 1日

届出日を記載してください

届出者の情報を記載してください

住所 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号
（居住地）

氏名 広域 花子

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

