後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

事由発生年月日	年　月　日	届出年月日	年　月　日

証種別	事由			
□被保険者証 □限度額適用・標準負担額減額認定証 □限度額適用認定証 □特定疾病療養受療証		1 新規届出 □県外転入 □生保停廃止 □年齢到達 □その他 （　　）	2 変更届出 □氏名変更 □県内市(区)町転出入 □市(区)町内転居 □その他 （　　）	3 喪失届出 □死亡 □県外転出 □生活保護開始 □その他 （　　）

太わく内をご記入ください。

	新規、変更後、喪失後の状況		変更前、異動前の状況	
フリガナ				
被保険者氏名				
被保険者番号				
個人番号				
生年月日	明・大・昭・(西暦)　年　月　日		性別	男　・　女
住所、居所地（施設名等）				
フリガナ				
世帯主氏名（続柄）	（　　）		（　　）	
世帯主生年月日	明・大・昭・(西暦)　年　月　日		世帯主性別	男　・　女
同世帯における被保険者の有無	有・無	＜同世帯の被保険者氏名＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿	＜被保険者番号＞ 〔　　〕 〔　　〕	

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

なお、被保険者の資格に関し、広域連合又は市(区)町が被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、必要な調査を行うことに同意します。

届出人住所：

届出人氏名：

(続柄：　　)

(電話　　－　　－　　)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長　様

証処理	
	交付：窓口・郵送（　　／　　）
	回収：済・未（　　／　　）
	＜本人確認＞ 書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他（　　）

＜証返還誓約＞（※ **証提出がない場合のみ記入**）

このたび、被保険者証等を持参しなかったため提出することができません。後日、直ちに返納することはもちろん、当該被保険者証等にて、医療給付を受けないことを誓約いたします。

年　月　日

届出人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

備考	

受付者	保険料精算	通称名希望
	未・済	有・無