

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

記入例

事由発生年月日	令和7年12月2日			届出年月日	令和7年12月2日		
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		事由	1 新規届出 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 生保停廃止 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他 ()		2 変更届出 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市(区)町転出入 <input type="checkbox"/> 市(区)町内転居 <input type="checkbox"/> その他 ()	
						3 喪失届出 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 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	アマガサキ タロウ		
被保険者氏名	尼崎 太郎		
被保険者番号	99999999		
個人番号			
生年月日	明・大昭・(西暦) 15年12月2日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女
住所、居所地 (施設名等)	尼崎市東七松町1-23-1		
フリガナ			
世帯主氏名 (続柄)	同上 ()	()	
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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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：尼崎市東七松町1-23-1

届出人氏名：尼崎 次郎

(続柄： 長男)

(電話 999- 9999 - 9999)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

処理欄	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 ()

<返還誓約> (※ 証等の提出がない場合のみ記入)	
このたび、被保険者証または資格確認書等を持参しなかつ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、当該被保険者証または資格確認書等にて、医療給付を受けないことを誓約いたします。	
令和7年 12月 2日	
届出人氏名 尼崎 次郎	

備考	受付者	保険料精算	通称名希望
	未・済	有・無	