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

種別	事由	1 新規届出	2 変更届出	3 喪失届出
□資格確認書 □資格情報のお知らせ □特定疾病療養受療証		□県外転入 □生保停廃止 □年齢到達 □その他（　）	□氏名変更 □県内市(区)町転出入 □市(区)町内転居 □その他（　）	□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

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・介・資格確認書 その他（　）

＜返還誓約＞（※ **資格確認書等の提出がない場合のみ記入**）

このたび、資格確認書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。

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