**記入例（死亡）**

# 後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事由発生年月日 | 令和〇〇　年〇〇　月〇〇　日 | 届出年月日 | 令和〇〇　年〇〇　月〇〇　日 |

| 種別 | 事由 | | |
|---|---|---|---|
| ☐資格確認書<br>☐資格情報のお知らせ<br>☐特定疾病療養受療証 | 1　新規届出<br>☐県外転入<br>☐生保停廃止<br>☐年齢到達<br>☐その他<br>（　　） | 2　変更届出<br>☐氏名変更<br>☐県内市(区)町転出入<br>☐市(区)町内転居<br>☐その他<br>（　　） | 3　喪失届出<br>☑死　亡<br>☐県外転出<br>☐生活保護開始<br>☐その他<br>（　　） |

お持ちのものに✓してください。

内をご記入ください。

| | 変更後、喪失後の状況 | 変更前、異動前の状況 | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | アシヤ　タロウ | | |
| 被保険者氏名 | 芦屋　太郎 | | |
| 被保険者番号 | 12345678 | | |
| 個人番号 | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・(西暦) 〇〇　年〇〇　月〇〇　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所、居所地（施設名等） | 芦屋市〇〇町〇〇番〇〇号 | | |
| 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＞ |
| | | ＿＿＿＿＿＿＿＿ | 〔　　〕 |
| | | ＿＿＿＿＿＿＿＿ | 〔　　〕 |

不明の場合は空欄のままでご提出ください。

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。

届出者についてご記入ください。

届出人住所：芦屋市××町××番××号
届出人氏名：芦屋　次郎
（続柄：　子　）
（電話　0797　－　〇〇　－　〇〇〇〇　）

兵庫県後期高齢者医療広域連合長　様

| 処理 | |
|---|---|
| | 交付：窓口・郵送（　／　） |
| | 回収：　済　・　未　（　／　） |

資格確認書の返納ができない場合、ご記入ください。

＜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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日
届出人氏名　芦屋　次郎

| 備考 | |
|---|---|

| 受付者 | 保険料精算 | 通称名希望 |
|---|---|---|
| | 未・済 | 有・無 |