

後期高齢者医療資格取得(変更・喪失)届及び再交付申請書

事由発生年月日	平成 年 月 日	証種別	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
事由	1. 新規取得	2. 変更届出	3. 喪失届出
	<input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護停廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用・変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外への転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 障害認定の取消し <input type="checkbox"/> 住所地特例終了 <input type="checkbox"/> その他 ()

被保険者番号		個人番号	
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 喪失	変更前氏名、転出元住所	
フリガナ		男・女	男・女
氏名		男・女	男・女
住所			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
世帯主氏名			
世帯主の個人番号			

※喪失届出で「県外への転出」の場合、世帯主の個人番号は記載不要です。

また他の市区町村へ転出することに伴い、下記の証明書の交付も申請いたします。

負担区分等証明書 障害認定証明書 特定疾病認定証明書 被用者保険被扶養者証明書

なお、被保険者の資格に関し、広域連合または市町村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もの又はこれらであったものに対し、必要な調査を行うことに同意します。

大分県後期高齢者医療広域連合長 様		上記の通り関係書類を添えて届出・申請します。	
平成 年 月 日	申請者 氏名	(印)	
届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

証 処 理	①即日交付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種別 <input type="checkbox"/> 窓口【仮証】(/) <input type="checkbox"/> 窓口【本証】(/)
	②証回収 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済 種別 <input type="checkbox"/> 被保険者証(/) <input type="checkbox"/> 減額認定証(/) <input type="checkbox"/> 特定疾病証(/)
	③本人確認書類名 番号

【証返還誓約】	
変更・喪失の場合 このたび、被保険者証等を提出できませんが、後日返納することを誓約いたします。 平成 年 月 日 氏名	再交付の場合 このたび、被保険者証等がないため提出できませんが、後日発見した時には、ただちに返納することを誓約いたします。 平成 年 月 日 氏名

備考	受付者	保険料精算	通称名希望
		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

記載例

高齢者医療資格取得(変更・喪失)届及び再交付申請書

事由発生年月日	平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日	証種別	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
事由	1. 新規取得 <input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護停廃止 <input type="checkbox"/> その他	2. 変更届出 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input checked="" type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用・変更 <input type="checkbox"/> その他	3. 喪失届出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外への転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 障害認定の取消し <input type="checkbox"/> 住所地特例終了 <input type="checkbox"/> その他
	4. 再交付申請 【理由】 <input type="checkbox"/> 盗難による <input type="checkbox"/> 紛失による <input type="checkbox"/> その他		

被保険者番号	0 1 2 3 * * * *	個人番号	1234567*****
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 喪失	変更前氏名、転出元住所	
フリガナ	コウイキ タロウ	性別	男
氏名	広域 太郎		男・女
住所	大分県大分市●●町■丁目×番▲号		大分県別府市●●町■丁目×番▲号
生年月日	明治・大正・昭和 5 年 5 月 5 日		
世帯主氏名	広域 一郎		
世帯主の個人番号	7654321*****		

※喪失届出で「県外への転出」の場合、世帯主の個人番号は記載不要です。

また他の市区町村へ転出することに伴い、下記の証明書の交付も申請いたします。

負担区分等証明書 障害認定証明書 特定疾病認定証明書 被用者保険被扶養者証明書
 なお、被保険者の資格に関し、広域連合または市町村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

大分県後期高齢者医療	申請者は被保険者 ただし、死亡による届出の場合は、同居の親族等	出・申請します。	
平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日	申請者 氏名 広域 太郎	押印	
届出者名	広域 一郎	本人との関係	子
届出者住所	大分県大分市●●町■丁目×番▲号	連絡先	097-534-1771

①即...あり □なし 届出者名および住所は、被保険者本人である場合は、「同上」で結構です。	変更・喪失の場合 このたび、被保険者証等を提出できませんが、後日返納することを誓約いたします。 平成 年 月 日 氏名	連絡先は必ずご記入ください。 このたび、被保険者証等がないため提出できませんが、後日発見した時には、ただちに返納することを誓約いたします。 平成 年 月 日 外国人の通称名
---	--	---

備考	受付者	保険料精算	通称名希望
		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし