

後期高齢者医療被保険者資格 取得 (変更 ・ 喪失) 届出書

| | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | 証種類 | <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 短期証 <input type="checkbox"/> 資格証 |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|

| 項目 | | 内容 (変更後) | | | | 変更前 | | 異動事由 | |
|---|------------|------------|--|----|-----|-----|--|---|-------|
| 被 保 険 者 本 人 | ふりがな | | | | | | | 事由 発生日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> 市区町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用・変更 (解除) <input type="checkbox"/> 県内住所異動 (転入 ・ 転出) <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 生活保護該当 <input type="checkbox"/> その他 () 【各種証明書等の申請】 <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害認定・ 特定疾病認定証明書 <input type="checkbox"/> 資格喪失等証明書 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 . | | 性別 | 男・女 | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | |
| | 世帯主との続柄 | | | | | | | | |
| 資格取得、住所地特例、住所変更、世帯主変更の届出の場合に記入(世帯主が本人以外の場合) | | | | | | | | | |
| 世 帯 主 | ふりがな | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 . | | 性別 | 男・女 | | | | |
| 資格取得の届出の場合に記入 | | | | | | | | | |
| 同 世 帯 の 被 保 険 者 | 被保険者 番号 | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| | 被保険者 番号 | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

(届出日)

上記のとおり届出いたします。

年 月 日

(届出人) 氏 名

被保険者との続柄

住 所

連絡先電話番号

| | |
|-------------|---|
| 証交付 (月 日) | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人確認書類 : <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 国保証 <input type="checkbox"/> 介護証 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 証回収 (月 日) | <input type="checkbox"/> 返信用封筒 <input type="checkbox"/> 窓口持参 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () |

收受印