

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					
項目		内容 (変更後)		変更前	異動事由
被 保 険 者 本 人	フリガナ				事由 発生日
	氏 名				
	個人番号				<input type="checkbox"/> <b>資格取得</b> <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 ( )
	生年月日		性別		
	住 所				
	世帯主との関係				
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	フリガナ				<input type="checkbox"/> <b>資格変更</b> <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 ( )
	氏 名				
	個人番号				
	生年月日		性別		
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				<input type="checkbox"/> <b>資格喪失</b> <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 ( )
	氏 名				
	被保険者番号				
	氏 名				
【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					
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 <div style="text-align:right;">(届出日) 年 月 日</div> 上記のとおり届出いたします。					
(届出人) 氏 名 _____ 本人との関係 _____ 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"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <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 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-left: auto;"></div>	