

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		被保険者番号をご記入ください。			
項目	内容 (変更後)		変更前		異動事由
被 保 険 者 本 人	ふりがな	こういき はなこ			事由発生日 平成 30年 4月 1日 <input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 県外転居 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 市区町村 <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・
	氏 名	広域 花子			
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
	生年月日	明・大・昭 1 ・ 11 ・ 1	性別	男 (女)	
	住 所	小田原市荻窪 3 0 0 番地			
世帯主との続柄	世帯主				
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	被保険者についてご記入ください。			
	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	窓口に来た人についてご記入ください。			
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 (届出日) 年 月 日					
上記のとおり届出いたします。					
(届出人) 氏 名		広域 太郎		被保険者との続柄 夫	
住 所		小田原市荻窪 3 0 0 番地		連絡先電話番号 0 4 6 5 - 3 3 - 1 8 4 3	

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 ()		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> 收受印 </td> </tr> </table>			收受印
	收受印		