

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届出書

窓口にあてた方の氏名		被保険者との関係	
住 所		連絡先電話番号	

異動事由	1. 取得 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護受給終了 <input type="checkbox"/> その他取得（ ）
	2. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外への転出 <input type="checkbox"/> 住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> 生活保護受給開始 <input type="checkbox"/> その他喪失（ ）
	3. 変更 <input type="checkbox"/> 市町内転居 <input type="checkbox"/> 県内への転入・転出 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 世帯異動 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用 <input type="checkbox"/> 住所地特例者の転入 <input type="checkbox"/> 継続住所変更 <input type="checkbox"/> その他変更（ ）

異動年月日	年 月 日	被保険者番号 ※1.取得の場合は記載不要							
-------	-------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

被保険者		取得（変更・喪失）			変更前				
	(フリガナ)氏名	_____			_____				
	個人番号	_____			_____				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	明治・大正・昭和	年	月	日
	住 所	〒 _____	_____			〒 _____	_____		
	入所等の施設名	_____			_____				

世帯の状況	(フリガナ)世帯主の氏名	_____			_____				
	個人番号	_____			_____				
	世帯主との続柄	_____			_____				
	世帯主の生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	明治・大正・昭和	年	月	日
	世帯員の被保険者の有無	有・無	※有の場合は当該者の被保険者番号						
上記以外の70歳以上の世帯員の有無	有・無	※有の場合は当該者の氏名							

従前の加入保険の状況 ※取得の場合	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (国民健康保険組合)	被用者保険 (<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者)
----------------------	---	---

証明書の交付申請 ※県外への転出の場合	<input type="checkbox"/> 負担区分等証明書の交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 障害認定申請書・特定疾病認定証・被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書の交付を申請します。
------------------------	--

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり届出します。

年 月 日

市 町 確 認 欄									市町受付印
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交付	証回収	減額証	特定疾病	その他特記事項	
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()	個人番号カード 通知カード その他 ()	月 日	窓口 郵送 月 日	回収 月 日 入力 月 日	回収 月 日 入力 月 日	回収 月 日 入力 月 日		