

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届出書

窓口にもえた方の氏名		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（ <input type="checkbox"/> ）
	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（ <input type="checkbox"/> ）
	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（ <input type="checkbox"/> ）

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

被 保 険 者		取得（変更・喪失）	変更前
	(フリガナ) 氏名	_____ 男・女	_____ 男・女
	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	_____ 男・女	_____ 男・女
	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

従前の加入保険の状況 <small>※取得の場合</small>	<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） <small>※申出書または証明書が必要</small>
証明書の交付申請 <small>※県外への転出の場合</small>	<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 申請者 氏名 印
(被保険者又は世帯主)

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

【窓口で受け取った場合※後日郵送の場合は記入不要です。】 上記の届出に基づき被保険者証を受領しました。

年 月 日 受領した者の署名

市 町 確 認 欄								
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	

