

後期高齢者医療被保険者資格異動届出書

太枠の中を記入してください。

平成 年 月 日

窓口に来られた方	氏名 連絡先	本人との関係
----------	-----------	--------

世帯番号	宛名番号	被保険者番号	異動事由
異動前			(資格取得) <input type="checkbox"/> 生保非該当 <input type="checkbox"/> 支援給付対象外 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例解除 <input type="checkbox"/> その他 () (資格喪失) <input type="checkbox"/> 生保該当 <input type="checkbox"/> 支援給付受給 <input type="checkbox"/> 転出（県内・県外） <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 有期認定期限切れ <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例該当 <input type="checkbox"/> その他 () (その他異動) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名・通称名変更 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
個人番号			
(フリガナ) 氏名	異動前		
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所 (施設名及び施設所在地)	異動前		
異動事由			
異動年月日	平成 年 月 日		
確認項目			
<input type="checkbox"/> 負担区分証明書 <input type="checkbox"/> 認定証明書 <input type="checkbox"/> 外国人区分 有 <input type="checkbox"/> 住所地特例 有 <input type="checkbox"/> 減額認定証 有 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 有 <input type="checkbox"/> 基準収入額 有 <input type="checkbox"/> 証交付 有 <input type="checkbox"/> 送付先変更 有 <input type="checkbox"/> 社保扶養 有 (年 月迄)			

広島県後期高齢者医療広域連合長 様
 上記のとおり、届け出ます。
 平成 年 月 日
 申請者 住 所
 氏 名 (印)

被保険者証送付日	平成 年 月 日	被保険者証を受領しました。 (サイン)
被保険者証回収日	平成 年 月 日	
システム入力者	システム確認者	確認書類 免許証・その他 ()

(備考)	(市区町受付印)
------	----------