様式第４号（第３条関係）

後期高齢者医療被保険者資格取得（変更・喪失）届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事由発生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証等種別 | | | | | □資格確認書　　□資格情報のお知らせ　　□特定疾病受療証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　　由 | １　取得届出  □　県外転入  □　障害認定  □　生保停廃止  □　その他（　　　　）  ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ（ｶｰﾄﾞ及び電子証明書が有効期限内のもの）の健康保険証利用登録（　有・無　） | | | | | | | | | | ２　変更届出  □　市町村内転居  □　県内市町村転出入  □　氏名変更  □　個人番号変更  □　その他  （　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | ３　喪失届出  □　死亡  □　県外転出  □　障害取下げ  □　生保認定  □　その他  （　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| 個人番号  (取得・変更後) | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | 被保険者番号 | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 個人番号  (変更前) | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療保険の被保険者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　年　 月　 日 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | （世帯主個人番号）  （世帯主名）  （電話番号）（　　　）　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前住所 | | | （世帯主個人番号）  （世帯主名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| 届出にきた人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 届出日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 届出人氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | |  | | | | | | | | | |
| 届出人住所 | | | 電話（　　　　）　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の通り関係書類を添えて届出・申請します。  　　なお、被保険者の資格に関し、広域連合又は市町村は被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、必要な調査を行うことに同意します。  　　　和歌山県後期高齢者医療広域連合長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証等処理 | | 交付：窓 口・郵 送 (　 ／ 　) | | | | | | | | | | |  | | 〈 資格確認書等返還誓約 〉  　このたび、資格確認書等がないため提出できませんが、後日発見した時には、直ちに返納いたしますことはもちろん、紛失等した資格確認書等による診療については、貴広域連合に負担をかけないことを誓約いたします。  　　　　　　年　　月　　日  　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 回収：　済 ・ 未　 (　 ／ 　) | | | | | | | | | | |  | |
| 本人確認 | | 書類名：  番　号： | | | | | | | | | | |  | |
| 通称名希望 | | 有　・　無 | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 受付者 | | |  | | | | 確認 | | |  | | | |