

受 付 日

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届書

被保険者番号										
区分	新規（変更・喪失）				変更前		事由			
(ふりがな) 氏名							1. 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市町村から転入 <input type="checkbox"/> 法第51条に非該当 <input type="checkbox"/> 法第55条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条の2該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日生	性別	男 女	明治 大正 昭和 年 月 日生						
住所・居住地 (施設名及び 施設所在地)							上記の事由発生年月日 ( . . )			
個人番号							2. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 世帯・世帯主の変更 <input type="checkbox"/> 法第55条第2項適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2第2項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
世帯主	氏名							上記の事由発生年月日 ( . . )		
	性別	男 ・ 女				男 ・ 女				
	生年月日	年 月 日生				年 月 日生				
	個人番号							3. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第51条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条不適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2不適用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
同一世帯の 他の被保険者 (有・無)	氏名	被保険者番号	氏名	被保険者番号						
					上記の事由発生年月日 ( . . )					

理由：

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

年 月 日

〒

住 所  
(居住地)  
(届出者) 氏 名  
被保険者との続柄  
連絡先(電話)

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

※被保険者がお亡くなりの場合、後期高齢者医療に関する書類等の送付先をご記入ください。

届出者と同じ その他（下記にご記入ください）

送付先住所 〒

送付先氏名

被保険者との続柄

連絡先(電話)