

# 記入例

者医療資格取得（変更・喪失）届書

受付日

様式第2号

お亡くなりになった方

被保険者番号		区 分	新 規 (変更・喪失)	変 更 前	事 由
(フリガナ)	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	年 月 日生	性 別		年 月 日生	上記の事由発生年月日 ( . . )
住 所 ・ 居 住 地 (施設名及び施設所在地)					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 ( )
個 人 番 号	※わからない場合は記入不要				
マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明		上記の事由発生年月日 ( . . )
世帯主	氏 名				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 ( )
	性 別				
	生 年 月 日	年 月 日生		年 月 日生	
	個 人 番 号				
続 柄					上記の事由発生年月日 ( . . )
同 一 世 帯 の	氏 名	被 保 険 者 番 号	氏 名	被 保 険 者 番 号	
他 の 被 保 険 者					
(有・無)					
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					
記入者					
(届出者) 住 所 〒					
(居住地)					
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。					
<input type="checkbox"/> 届出者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (下記にご記入ください)					
送付先住所 〒					
送付先氏名					
連絡先 (電話)					

記入不要

当てはまるものに☑してください  
(その他の方は住所等を記入してください)