

後期高齢者医療 資格得喪に関する 申請書兼届出書

取得	被保険者番号								
喪失		被保険者区分	<input type="checkbox"/> 75歳以上	<input type="checkbox"/> 65歳~74歳					
変更	<input type="checkbox"/> 1割		<input type="checkbox"/> 3割						
その他									

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

次のとおり、関係書類を添えて申請(届出)します。 年 月 日

住所変更などの届出をします。【**県外転入・県外転出・生保開始・生保廃止**】

障害認定申請により、 年 月 日から後期高齢者医療に加入します。

障害認定申請の撤回により、 年 月 日から後期高齢者医療を脱退します。

被保険者資格の喪失にあたり、(資格喪失・負担区分等・被扶養者・障害・特定疾病)証明書の交付を申請します。

		取得・喪失・変更後			変更前(変更がない場合は記入不要)	
被保険者 (申請・届出者)	フリガナ					
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女		
住所等	住所等					
	(電話番号 - -)					
世帯主	氏名等					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	続柄	被保険者の		
同一世帯の 他の被保険者	有【被保険者番号: 】・無					
申請(届出)が 被保険者以外 の場合	氏名	印			被保険者との続柄	
	住所等					
		(電話番号 - -)				

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください(被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません)。

確認事項	<input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 <input type="checkbox"/> 送付先変更	異動年月日	.	.
	被扶養者軽減 <input type="checkbox"/> 該当(証明書提出済・後日) <input type="checkbox"/> 非該当	受付年月日	.	.
	即交短期証発行 有効期限 . . 本人確認()	備考		
	納付状況 <input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納			
受付	端末入力	交付	回収	受付責任者
		交付・〒		