

(表面)

様式第1号(第2条関係)

後期高齢者医療 資格取得(変更・喪失)届書

| | 取 得 (変更・喪失) | 変 更 前 | 事 由 |
|--|---|-------|---|
| ① (ふりがな) 氏 名 | ----- 男・女 | | 1 新 規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他県の広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の取得 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .) 2 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域内の居住地変更 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 (住所地特例) <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .) 3 喪 失 <input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 他県の広域連合への転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .) |
| ② 生 年 月 日 | 年 月 日生 | | |
| ③ 被保険者番号 | | | |
| ④ 住 所 (電話番号) | () | | |
| ⑤ 居 住 地 (施設名及び施設所在地) | | | |
| ⑥ 世帯主の氏名、性別、生年月日、続柄 | ^{ふりがな} 氏名 (男・女) 年 月 日生 続柄 () | | |
| ⑦ 後期高齢者医療保険加入前の保険者名及び保険者番号 | | | |
| ⑧ 他後期高齢者医療広域連合での被扶養者軽減の有無 | 有 ・ 無 広域連合名 () 都(道府県)後期高齢者医療広域連合 被扶養者軽減開始期日 年 月 日から | | |
| 上記のとおり届出いたします。 年 月 日 住 所 (居住地) 氏 名 島根県後期高齢者医療広域連合長 様 | | | |

㊤

(裏面)

(裏面又は別紙)

記入上の注意事項

この用紙は、後期高齢者医療に関する申請又は届出をするときに、次により使用してください。

1 標題の不要の字句の抹消について

標題は次により不要の字句を抹消してください。

届出の内容に応じ、標題の「取得(変更・喪失)」の字句のうち、不要の字句を抹消してください。

2 「取得(変更・喪失)」欄の記入について

表頭の「取得(変更・喪失)」欄は次により記入してください。

届出の内容に応じ、①から⑦までの欄のうちの該当欄に所要事項を記入してください。

3 「変更前」欄の記入について

表頭の「変更前」欄は、医療受給資格の変更又は喪失及び広域内市町村転出入について届出する場合に、届出の内容に応じ、①から⑦までの欄のうちの該当欄に、変更又は喪失前の状況を記入してください。

4 「事由」欄の記入について

届出をする場合の事由に該当する字句の頭にある□の中にレ印を記入し、「上記の事由発生年月日(. . .)」の()の中にその発生年月日を記入してください。

なお、「事由」欄に該当する字句がない場合は、「その他()」の頭にある□の中にレ印を記入し、()の中にその事由を記入してください。

5 必要な書類について

届出をする場合には、次の書類を用意してください。

- (1) 医療受給資格取得(他広域からの転入の場合)の届出をする場合
負担区分等証明書
- (2) 資格の変更又は喪失の届出をする場合
被保険者証及び届出の内容を明らかにすることができる書類