

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 種 別	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証		
事 由	1 取得届出 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	2 変更届出 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )	3 喪失届出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 障害取下げ <input type="checkbox"/> 生保認定 <input type="checkbox"/> その他 ( )

個人番号	-----	被保険者番号	-----
------	-------	--------	-------

後期高齢者医療保険の被保険者

フリガナ 氏 名	-----	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性 別	男 ・ 女
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	印
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 処 理	交付：窓口・郵送 ( / ) ----- 回収： 済 ・ 未 ( / )
本人確認	書類名： 番 号：
通称名希望	有 ・ 無

〈証返還誓約〉 このたび、被保険者証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、紛失等した被保険者証等による診療については、貴広域連合に負担をかけることを誓約いたします。 年 月 日 氏名 _____
--

備 考	受 付 者	確 認
-----	-------	-----