

後期高齢者医療資格取得（変更）届

次のとおり関係書類を添えて届出します。

平成
令和

年 月 日 年 月 日

住所：

氏名：

(代理人) 住所：

氏名：

(続柄：)

(電話 - -)

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

事由発生年月日	平成 年 月 日		
事由	1 取得届出 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保受給終了 <input type="checkbox"/> その他 ()	2 変更届出 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例等による変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認 ※ 送付先変更 (有 ・ 無)

被保険者番号									
		資格取得、変更後の状況			変更、異動前の状況				
住所、居住地 (施設名等)	〒			〒					
	TEL								
(フリガナ)									
氏名									
生年月日	明治、大正、昭和 年 月 日			明治、大正、昭和 年 月 日 (男・女)					
(フリガナ)									
世帯主氏名 続柄・性別	続柄 () (男・女)			続柄 () (男・女)					
世帯主生年月日	明治、大正、昭和 年 月 日			明治、大正、昭和 年 月 日					
同世帯における 被保険者の有無	有 ・ 無	<被保険者氏名> _____ [] _____ []			<被保険者番号> _____ [] _____ []				

証 処 理	交付： 窓口・郵送 (/)
	回収： 済 ・ 未 (/)
	<本人確認>
書類各 番号	世帯構成変更：有 ・ 無

確 認 備 考 書 類	<申請者・本人> 運転免許証・障がい者手帳・被保険者証 (医療・介護)・ 預金通帳・キャッシュカード・その他 () <申請者・代理人> 運転免許証・障がい者手帳・被保険者証 (医療・介護)・ 預金通帳・キャッシュカード・その他 ()
----------------------------	---

減額認定証	特定疾病受療証	簡易申告	所得照会	保 険 料	通称名希望	システム入力	担 当 者
					有 ・ 無		