

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。

年 月 日

申請者 住所：
 （窓口に来られた方）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	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）	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL			〒					
転入の場合、 1/1 時点住所	<input type="checkbox"/> 転入前住所と同じ								
（フリガナ）									
氏 名									
生年月日	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（ / ）	備 考	《被保険者本人》 マイナンバーカード・運転免許証・障がい者手帳・ 資格確認書・介護保険証・預金通帳・キャッシュカード・ その他（ ） 《代理人》 マイナンバーカード・運転免許証・障がい者手帳・ 資格確認書・介護保険証・預金通帳・キャッシュカード・ その他（ ）
	回収：済 ・ 未（ / ）		
	世帯構成変更：有 ・ 無		

特定疾病受療証	簡易申告	所得照会	保険料	システム入力	入力確認	受付者

