

記入例（転居・転入・転出）

後期高齢者医療被保険者資格取得・変更・喪失等届及び再交付申請書

事由発生年月日	年		対象者の健康保険の 被保険者番号 （健康保険証の上段8桁の番号です）
証種別	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/>		
事	1 取得届出 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保停廃止	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 () () ()
	対象者の氏名、生年月日、 性別、変更前後の住所		
個人番号			

後期高齢者医療保険の被保険者

フリガナ	シンガウ ゴンザブロウ	生年月日	明・昭 15 年 3 月 9 日
氏名	新宮 権三郎	性別	男 ・ 女
住所	大阪府〇〇市××町1-1 (世帯主名) 老人ホーム△△101号 電話 () -		
変更前住所	新宮市三輪崎3-4-1 (世帯主名)		
変更前氏名			

届出にきた人	届出日	令和3年6月1日
届出人氏名	本人との関係	長男
届出人住所	新宮市春日 1-1 電話 (0735) 23 - 3333	

上記の通り関係者として届出・申請します。

なお、被保険者の資格が、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

届出人の氏名、住所、対象者との続柄、連絡のつく電話番号

※健康保険証を紛失等し、新宮市へ返還できない方はこちらに署名をお願いします。

〈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ないことを誓約いたします。

令和3年6月1日

氏名 **新宮 太郎**

備考	受付者	確認
----	-----	----