後期高齢者医療資格取得(変更・喪失)届書及び再交付申請書

事由発生年月日	令和　　年　　月　　日			
証種別	□ 被保険者証　□ 減額認定証　□ 限度額認定証　□ 特定疾病受療証			
事由	1　取得届出 □ 県外転入 □ 生保停廃止 □ その他 (　　)	2　変更届出 □ 氏名変更 □ 県内市町転出入 □ 市町内転居 その他 (　　)	3　喪失届出 □ 死亡 □ 県外転出 □ 生保開始 その他 (　　)	4　再交付申請 (理由) □ 盗難 □ 紛失 □ その他 (　　)

	新規、変更、喪失	変更前氏名、転出元住所
フリガナ		
氏　名		
生年月日	明治 大正 昭和　　年　　月　　日	
居住地 (施設名等)		
フリガナ		
世帯主氏名		

被保険者番号

個人番号

上記のとお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、広域連合又は市町が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。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

届出・申請者　住所　：長崎県西海市　　町　　郷　　番地

氏名　：

(電話　　－　　)

長崎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:

＜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、ただ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　　年　　月　　日

氏名

備考	

受付者	保険料精算	通称名希望
	未 ・ 済	有 ・ 無