

## 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	年 月 日			
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証			
事 由	1 取得届出 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 生保停廃止 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	2 変更届出 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市町転出入 <input type="checkbox"/> 市町内転居 その他 (                      )	3 喪失届出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 その他 (                      )	4 再交付申請 (理由) <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 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                      年      月      日

届出・申請者 住所：  
氏 名：

(電話                      )

長崎県後期高齢者医療広域連合長      様

処 理	交付：窓口・郵送(   /   )
	回収：済・未(   /   )
	<本人確認> 書類名：

<返還誓約>
このたび、資格確認書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、紛失等した資格確認書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	保険料精算	通称名希望
	未・済	有・無