

【記入例】 後期高齢者医療被保険者資格異動届出書

太枠の中を記入してください。

届出者名	神石 太郎		本人との関係	本人
届出者住所	神石郡神石高原町小島1701番地		連絡先電話番号	0847-89-3320
世帯番号		宛名番号		異動事由 (資格取得) ☐生保非該当 ☐支援給付対象外 ☐転入（県内・県外） ☐入国 ☐他広域住所地特例解除 ☐その他 () (資格喪失) ☐生保該当 ☐支援給付受給 ☐転出（県内・県外） ☐出国 ☐死亡 ☐有期認定期限切れ ☐障害状態不該当 ☐他広域住所地特例該当 ☐その他 () (その他異動) ☐転居 ☐氏名・通称名変更 ☐世帯合併 ☐世帯分離 ☐世帯変更 ☐世帯主変更 ☐その他 ()
異動前				
被保険者番号		個人番号		
※保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。不明な場合は空白でかまいません。		123412341234		
(フリガナ)	ジンセイ タロウ			
氏名	神石 太郎			
異動前				
生年月日	昭和10年1月1日			
住所	神石郡神石高原町小島1701番地			
異動前	神石郡神石高原町小島1701番地			
異動事由	町内転居のため		確認項目 ☐負担区分証明書 ☐認定証明書 ☐外国人区分 有 ↳☐特定活動(医療・観光) ↳☐その他 ☐住所地特例 有 ☐特定疾病証 有 ☐基準収入額 有 ☐証交付 有 ☐送付先変更 有 ☐社保扶養 有 (年 月迄)	
異動年月日	令和〇年〇月〇日			
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、届け出ます。 令和〇年〇月〇日				

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 ☐ 資格確認書 ☐ 資格情報通知書			確認書類 マイナンバー・免許証・その他 ()
(備考)			市区町受付印