

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		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

世帯番号		宛名番号		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">異動事由</div> (資格取得) <input type="checkbox"/> 生保非該当 <input type="checkbox"/> 支援給付対象外 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> 入国 <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例解除 <input type="checkbox"/> その他 ()
異動前				
被保険者番号		個人番号		(資格喪失) <input type="checkbox"/> 生保該当 <input type="checkbox"/> 支援給付受給 <input type="checkbox"/> 転出（県内・県外） <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 有期認定期限切れ <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例該当 <input type="checkbox"/> その他 ()
(フリガナ)				
氏名				(その他異動) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名・通称名変更 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
異動前				
生年月日		年	月 日	
住所				
異動前				
異動事由				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">確認項目</div> <input type="checkbox"/> 負担区分証明書 <input type="checkbox"/> 認定証明書 <input type="checkbox"/> 外国人区分 有 ↳ <input type="checkbox"/> 特定活動(医療・観光) ↳ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 住所地特例 有 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 有 <input type="checkbox"/> 基準収入額 有 <input type="checkbox"/> 証交付 有 <input type="checkbox"/> 送付先変更 有 <input type="checkbox"/> 社保扶養 有 (年 月迄)
異動年月日		年	月 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。 年 月 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	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書			確認書類 <input type="checkbox"/> 付カード・免許証・その他 ()

(備考)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">市区町受付印</div>
------	--