

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		☐ 資格確認書		☐ 資格情報通知書		☐ 特定疾病療養受療証	
事 由	1 取得届出	2 変更届出	3 喪失届出	4 再交付申請			
	☐ 県外転入 ☐ 生保停廃止 ☐ その他	☐ 氏名変更 ☐ 県内市町転出入 ☐ 市町内転居 その他	☐ 死亡 ☐ 県外転出 ☐ 生保開始 その他	(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

[illegible]

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 下

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(/)	<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ないことを誓約いたします。 年 月 日 氏名
	回収:済 ・ 未 (/)	

<本人確認>
書類名:

備	
考	

受付者	保険料精算	通称名希望
	未 ・ 済	有 ・ 無

記入例

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 7年 7月 5日			死亡日をご記入ください。
種 別	資格確認書	資格情報通知書	特定疾病療養受療証	
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	コウイキ タロウ	被保険者の氏名、生年月日、 住民票の住所、世帯主をご 記入ください。
氏 名	広域 太郎	
生年月日	明治 大正 昭和 20 年 1 月 1 日	
居住地 (施設名等)	長崎市栄町4番9号	
フリガナ	コウイキ タロウ	
世帯主氏名	広域 太郎	

被保険者番号 0 4 1 2 3 4 5 6

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 7年 7月 20日	〒 850-0875
窓口に来られる方または内容について問い合わせ可能な方の住所、氏名、電話番号をご記入ください。	住 所 : 長崎市栄町4番9号
	氏 名 : 広域 花子
	(電話 095-816-3930)

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

処 理	交付:窓口・郵送(/)	< 返還誓約 > 資格確認書の返還ができない場合は 返還誓約欄もご記入ください。 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ないことを誓約いたします。 年 月 日 氏名
	回収:済・未(/)	
	< 本人確認 > 書類名:	

備 考		受付者	保険料精算	通称名希望
			未・済	有・無