

後期高齢者医療受給者証書を返却してください。

記入例

後期高齢者医療被保険者資格（取得・喪失）に係る届書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 10 条、第 11 条及び第 22 条から第 26 条までの規定により後期高齢者医療被保険者資格の（取得・喪失）を届け出ます。

届出 役場に提出する日	令和〇年 〇月 〇日	住所	亡くなった方の住所		
氏名	亡くなった方の氏名		生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	
被保険者番号	亡くなった方の被保険者番号		資格得喪日	令和〇年 〇月 〇日	
個人番号	亡くなった方のマイナンバー		保険証	交付・未交付・回収・不回収	
			死亡日の翌日を記入		

資格取得・喪失の区分					
取得	転入	その他増	喪失	転出	その他減
	職権記載			死亡	
得	帰化	世帯主変更（入）	失	職権消除	世帯合併（出）
	回復	世帯合併（入）		社保加入	世帯分離（出）
	社保離脱	世帯分離（入）		国保組合加入	出国
	国保組合離脱	世帯変更（入）		生保開始	資格変更
	生保廃止	特定活動（ ）			（ ）

受領者確認欄	
1. 運転免許証	4. 旧健康保険証
2. パスポート	5. その他（ ）
3. 外国人登録証	

上記のとおり申請します

令和〇年 〇月 〇日

届出する方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

役場に提出する日	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	申請者 氏名	〇〇 〇〇 Ⓜ
		(自署の場合は押印不要)
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療被保険者証の受領を次の者に委任します。	
年 月 日	
委任する人 氏名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)
委任を受ける人 住所	
氏名	(委任する人との関係)
電話番号	