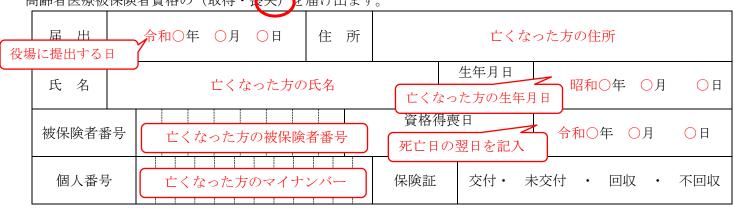
様式第5号

## 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。



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

	受 領 者 確 認 欄	
1. 運転免許証 2. パスポート 3. 外国人登録証	4. 旧健康保険証 5. その他(	)

上記のとおり申請します

令和○年 ○月 ○日

役場に提出する日

届出する方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

住 所 0000000

申請者 氏名 〇〇 〇〇

(自署の場合は押印不要)

(EII)

電話番号 〇〇〇〇一〇〇一〇〇〇

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

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。 【委任欄】 年 月 日 委任する人 氏 名 ⑩ (自署の場合は押印不要) 委任を受ける人 住 所 (委任する人との関係 氏 名 ) 電話番号