様式　8

高齢者の医療の確保に関する法律 ｛ 第50条第2号の障害認定申請書による被保険者資格取得(変更・喪失)届書

届出者名	広域　一郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	028－627－6805		

申請区分	1 新　規	2 変　更	3 喪　失
申請事由	☑ 他広域連合からの転入 ☐ 年齢到達 ☐ 法第50条第2号の認定申請 ☐ 職権記載 ☐ その他（　　） 上記いずれかの事由による資格異動の発生年月日 （　　．　　．　　）	☐ 氏名変更 ☐ 同一広域連合区域内の異動 ☐ 法第55条第1項又は第2項適用 ☐ 継続居住地変更 ☐ その他（　　） 上記いずれかの事由による資格異動の発生年月日 （　　．　　．　　）	☐ 死亡 ☐ 他広域連合への転出 ☐ 法第50条第2号非該当 ☐ 法第55条第1項又は第2項不適用 ☐ その他（　　） 上記いずれかの事由による資格異動の発生年月日 （　　．　　．　　）

		新規（変更・喪失）	変更前
被保険者	フリガナ	コウキ　タロウ	
	氏名	後期　太郎　　性別　男・女	
	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
	生年月日	明治・大正・昭和　〇〇年　〇〇月　〇〇日	
	住所	宇都宮市本町3－9	
	被保険者情報	保険者番号　3 9 0 9 〇 〇 〇 〇	
		被保険者番号　0 1 2 3 4 5 6 7	
	障害の状況	次の書類のとおり ☐ 身体障害者手帳　（　　級） ☐ 療育手帳　（　　） ☐ 精神障害手帳　（　　級） ☐ 国民年金証書　（　　級） ☐ 転入前の広域連合長の障害認定証明書 ☐ その他　（　　）	
世帯の状況	フリガナ	コウキ　タロウ	
	世帯主氏名	後期　太郎　　性別　男・女	
	世帯主個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
	世帯主生年月日	明治・大正・昭和・平成　〇〇年　〇〇月　〇〇日	
	世帯主との続柄	本　人	

上記のとおり、関係書類を添えて申請(届出)します。

世帯主との続柄は、世帯主から見た被保険者の続柄を記入してください。

申請者＝被保険者となります。

〇〇 年　〇〇 月　〇〇 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者　住　所　宇都宮市本町3－9

氏　名　後期　太郎

連絡先　028－632―6805

※ 世帯変更の届出については、「世帯の状況」欄についてもご記入ください。