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		本人との関係	
連絡先電話番号			

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		
	氏名	性別 男・女	
	個人番号		
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	
	住所		
	被保険者情報 保険者番号	3 9 0 9 2 0 2 8	
	被保険者情報 被保険者番号		
	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　(　　)	※法第50条第2号認定申請者の申請前の加入保険が被用者保険の場合は以下の書類も必要 ☐ 以前加入していた被保険者証の写し
世帯の状況	フリガナ		
	世帯主氏名	性別 男・女	
	世帯主個人番号		
	世帯主生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日	
	世帯主との続柄		

上記のとおり、関係書類を添えて申請(届出)します。

令和　　年　　月　　日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者　住所

氏名

連絡先

※ 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。

R5.6HP