

【県外の施設へ転出(住所地特例)】

届出者名	足利 一郎	本人との関係	長男
連絡先電話	届出者 = 申請書に記入される方です 0284-20-2184		

申請区分	2 変更	3 喪失
申請事由	<input type="checkbox"/> 他広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 法第50条第... <input type="checkbox"/> 職権記載 <input checked="" type="checkbox"/> 法第55条第1項又は第2項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> 転出日を記入してください 異動の発生年月日 (R 4 . 4 . 1)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域連合への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第55条第1項又は第2項不適用 <input type="checkbox"/> 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
フリガナ	アシカガ タロウ	
氏名	足利 太郎	性別 男 女
個人番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1	
生年月日	明治・大正・昭和 12年 3月 4日	
住所	群馬県太田市浜町2-35 有料老人ホーム〇〇〇	足利市本城3丁目2145番地
被保険者情報	被保険者番号 3 9 0 9 2 0 2 8 被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7	
状況	<input type="checkbox"/> 精神障害手帳 (級) <input type="checkbox"/> 国民年金証書 (級) <input type="checkbox"/> 転入前の広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	※ 前の加入保険が被用者保険の場合は以下の書類も必要 <input type="checkbox"/> 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
	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 〇 年 △ 月 ◇ 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者

住所

足利市本城3-2145

氏名

足利 太郎

連絡先

0284-20-2184

申請者 = 被保険者 です

※ 障害認定申請及び障害認定撤回申請については個人番号の記入を省略することができます。

※ 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。