

# 記入例

後期高齢者医

- ・被保険者ご本人が来庁される場合はご本人を記入してください。
- ・代理人が来庁される場合は代理人を記入してください。

届出者名	フリガナ マエバシ イチロウ 前橋 市郎	本人との関係	長男
届出者住所	〒371-8601 前橋市大手町一丁目1番1号	連絡先電話番号	027-898-5955

	新規（変更・喪失）	変更前
被保険者番号	12345678	
フリガナ	マエバシ タロウ	
氏名	前橋 太郎	
個人番号	123456789012	
生年月日	明治・大正・昭和 ○○年 ○○月 ○○日	
住所	前橋市 大手町二丁目12番1号	前橋市本町二丁目12番地1号
申請区分	資格取得 ・ <b>資格変更</b> ・ 資格喪失	
申請事由	<b>市内転居</b> ・ 県内（転入・転出） ・ 県外（転入・転出） 死亡 ・ 新規障害認定 ・ その他（ ）	
事由発生日	○○年 ○○月 ○○日	
所有手帳又は証書種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民年金証書（基礎年金番号：_____）</li> <li>・身体障害者手帳（_____市・県 第_____号）</li> <li>・その他（_____）</li> </ul> ※有期認定の有無 有（_____） ※高齢重度障害者適用 有 ・ 無	<b>申請区分について</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>●転入 県内の市町村からの場合は<b>資格変更</b> 県外からの場合は<b>資格取得</b></li> <li>●転出 県内の市町村への場合は<b>資格変更</b> 県外への場合は<b>資格喪失</b></li> </ul> ※後期高齢者医療制度は都道府県ごとに設置されている広域連合が運営しているため、県内の住所異動は資格「変更」となります。
（あて先） 群馬県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり関係書類を添えて（申請・ ○○年○○月○○日		

確認欄	番号	個力・通力・その他（_____）	受付
	本人	免・在・パ・個力・保・介・（_____）	
	来庁者	免・在・パ・個力・保・介・（_____）	
	窓口交付 ・ 郵送	（_____ / _____）	

### 【確認】

減額 特定疾病 送付先変更 福祉医療

### 【受付場所】

大胡 ・ 宮城 ・ 粕川 ・ 富士見 ・ 城南  
元総社 ・ 上川淵 ・ 南橋 ・ 桂萱 ・ 東