

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	宇都宮 花子	本人との関係	妻
連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

申請区分	1 新規	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2号の認定申請 <input type="checkbox"/> 職権記載 <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 (. .)	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 同一広域連合区域内の異動 <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"/> 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 (〇〇 . 〇〇 . 〇〇)	<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
被保険者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ	
	氏名	宇都宮 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	生年月日	明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所	〇〇県〇〇市△△〇丁目〇番〇号 〇〇病院	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号
	被保険者情報	転出先住所を記入して下さい。 被保険者番号	3 9 0 9 2 0 1 0 0 1 2 3 4 5 6 7
	障害の状況	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 (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 ()	※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 <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	
	世帯主個人番号	
	世帯主生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	世帯主との続柄	

・ 申請者=被保険者となります。
・ 被保険者と申請者が異なる場合は、委任状を添付して下さい。

上記のとおり、関係書類を添えて申請(届出)します。

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 宇都宮市旭〇丁目〇番〇号
氏名 宇都宮 太郎
連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※ 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。