

後期高齢者医療被保険者資格（取得・喪失）に係る届書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 10 条、第 11 条及び第 22 条から第 26 条までの規定により後期高齢者医療被保険者資格の（取得・喪失）を届け出ます。

届 出	年 月 日	住 所			
氏 名				生年月日	年 月 日
被保険者番号				資格得喪日	年 月 日
個人番号				マイナンバーカード（ ）の 健康保険証利用登録の有無	☐ 有 ☐ 無

（ ）マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（ 5 年毎に更新が必要）が有効であるものに限りま

資 格 取 得 ・ 喪 失 の 区 分					
取 得	転入	その他増	喪 失	転出	その他減
	職権記載	世帯主変更（入）		死亡	世帯主変更（出）
	帰化	世帯合併（入）		職権削除	世帯合併（出）
	回復	世帯分離（入）		社保加入	世帯分離（出）
	社保離脱	世帯変更（入）		国保組合加入	出国
	国保組合離脱	特定活動（ ）		生保開始	資格変更（ ）
	生保廃止				

受 領 者 確 認 欄	
1．マイナンバーカード	4．在留カード
2．運転免許証	5．旧資格確認書
3．パスポート	6．その他（ ）

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

電話番号

（あて先）新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療資格確認書・資格情報のお知らせの受領を次の者に委任します。			
年 月 日			
委任する人	氏 名	印	（自署の場合は押印不要）
委任を受ける人	住 所		
	氏 名		（委任する人との関係）
	電話番号		