

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	<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（ ）	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 同一広域連合区域内の異動 <input 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日 （ . . ）	<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日 （ . . ）
	新規（変更・喪失）		変更前
フリガナ			
氏名		性別 男・女	
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	.....	.....
	被保険者番号	.....	.....
障害の状況	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 精神障害手帳（ ） <input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <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"/> 以前に加入していた被保険者証の写し

上記のとおり、関係書類を添えて申請（届出）します。

平成 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 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_