

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	028-632-2307		

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 checked="" 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 ( ) 上記の事由発生年月日 ( 20. 9. 25 )	<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 ( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )

新規（変更・喪失） 変更前

フリガナ **ウツノミヤ タロウ**

氏名 **宇都宮 太郎** 性別 **男** 女

生年月日 明治・大正・**昭和** **3** 年 **4** 月 **1** 日

住 所 **宇都宮市旭1丁目1番5号** **小山市本町〇番〇号**

被保険者 情報	保険者番号	3	9	0	9	2	0	1	0	.....
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	.....

障 害 の 状 況

次の書類のとおり

- 身体障害者手帳 ( )
- 療育手帳 ( )
- 精神障害手帳 ( )
- 国民年金証書 ( )
- 転入前の広域連合長の障害認定 ( )
- その他 ( )

・ 申請者＝被保険者となります。

・ 特定疾病療養受療証，限度額適用・標準負担額減額認定証をお持ちの方は，窓口で提示して下さい。

・ 申請者と届出者が異なる場合，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

平成 **20** 年 **10** 月 **1** 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1丁目1番5号

氏 名 宇都宮 太郎 印 **宇都宮**

連絡先 028-632-2307