

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 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 ( . . )	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域連合への転出 <input checked="" 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 ( 20 . 10 . 1 )


	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 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 13 年 4 月 1 日	
住所	宇都宮市旭1丁目1番5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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請者＝被保険者となります。</li> <li>・ 申請者と届出者が異なる場合、委任状を添付して下さい。</li> <li>・ 社会保険に加入された方は、被保険者証を窓口で提示して下さい。</li> </ul>
	<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 ( )	

上記のとおり、関係書類を添えて申請（届出）します。

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   
 連絡先 028-632-2307