

様式第1号の2（第11条関係）

後期高齢者医療障害状態不該当届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号 (8ケタ)		個人番号 (12ケタ)	
-----------------	--	----------------	--

被 保 険 者	フリガナ			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	住所			

施行令別表に定める障害の状態に該当しなくなった事由	
---------------------------	--

上記事由となった年 月 日	年 月 日
---------------	-------

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様
上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。
年 月 日