

様式第1号の3（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																									