

後期高齢者医療被保険者資格の取得（変更・喪失）届書

		新規（変更・喪失）	変 更 前	事 由
① （フリガナ） 氏 名			男 ・ 女	1 新 規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者 資格の取得 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)
	② 被保険者番号 （8ケタ）			
	③ 個 人 番 号 （12ケタ）			
	④ 生 年 月 日	年 月 日		
⑤ 居 住 地 （施設名及び 施設所在地）				2 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 個人番号の変更 <input type="checkbox"/> 広域連合内の住所の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)
⑥ 世 帯 主	氏 名		男 ・ 女	3 喪 失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の広域連合への転出 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者 資格の喪失 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)
	個人番号 （12ケタ）			
	生 年 月 日	年 月 日		
	続 柄			
<p>上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様</p>				