

様式第5号（第4条関係）

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		
	個人番号 (12ケタ)			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 （ ． ． ）
	生年 月日	年　月　日		
	続柄			
上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。 年　月　日 滋賀県後期高齢者医療広域連合長様				