

様式第3号（第3条関係）

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

		変更後	変更前
被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		
	個 人 番 号		
	被保険者フリガナ		
	被 保 険 者 氏 名	性別	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	
住 所			
世帯主フリガナ			
世 帯 主 氏 名	性別		
生 年 月 日	年 月 日		
世帯主との続柄			
事由発生年月日		年 月 日	
届 出 事 由		取得 喪失 異動 障害状態不該当	
取 得 事 由		県外転入 職権復活 75歳到達 適用除外非該当 その他取得	
喪 失 事 由		県外転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他喪失	
異 動 事 由		氏名変更 住所変更 世帯変更	
不 該 当 理 由		障害等級変更 その他理由 ()	
マイナンバーカード（※）の 健康保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<p>福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり届出いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 氏名 _____ 本人との関係 _____ 連絡先電話番号 _____</p>			