

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<br>保<br>険<br>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<br>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 _____<br/>本人との関係 _____<br/>連絡先電話番号 _____</p> |             |                               |                            |