

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 () | |
| <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 style="text-align: right;">届出者 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">本人との関係 _____</p> <p style="text-align: right;">連絡先電話番号 _____</p> | | | |