

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				
	被保険者フリガナ				
	被保険者氏名	性別			
	生年月日	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>					