

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		男・女	
	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			男・女	
生 年 月 日	年		月	日	
世帯主との続柄					
事由発生日		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>届出者 氏名 _____ ⑩</p> <p>本人との関係 _____</p> <p>連絡先電話番号 _____</p>					