

様式第5号 (第4条関係)

後期高齢者医療被保険者資格の取得 (変更・喪失) 届書

		新規 (変更・喪失)	変 更 前	事 由
① (フリガナ) 氏 名		男 ・ 女		1 新 規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者資格の取得 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )
	② 被保険者番号 (8ケタ)			
	③ 個 人 番 号 (12ケタ)			
	④ 生 年 月 日	M・T・S 年 月 日		
⑤ 居 住 地 (施設名及び 施設所在地)				2 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域連合内の住所の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )
⑥ 世 帯 主	氏 名	男 ・ 女		3 喪 失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の広域連合への転出 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者資格の喪失 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )
	個人番号 (12ケタ)			
	生 年 月 日	M・T・S 年 月 日		
	続 柄			
上記のとおり関係書類を添えて (申請・届出) いたします。				
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様				年 月 日
住所 (居住地) (連絡先電話番号: - - ) 氏 名				

被保険者本人又は世帯主

(届出が本人の自筆の場合は、印は不要)

受付 ( )