

【記載例】下記の①～⑧の箇所についてご記入いただき、窓口にて届け出てください。

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	氏名 (フリガナ)	ナガハマ タロウ 長浜 太郎	男・女	
②	被保険者番号 (8ケタ)	② 被保険者ご本人のお名前・生年月日・性別・被保険者番号（被保険者証に記載されている0から始まる8桁の数字）をご記入ください。2 3 4 5 6 7 8 9 1 0		<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 ()
③	個人番号 (12ケタ)			
④	生年月日	昭和20年 4月 1日		
⑤	居住地 (施設名及び施設所在地)	③ 被保険者が新たに転入される住所と、その住所地の施設名称をご記入ください。	④ 元々の住所をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 広域連合内の住所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (住所地特例適用) 上記の事由発生年月日 (R 2 . 4 . 1)
⑥ 世帯主	氏名		男・女	
	個人番号 (12ケタ)			への転出 療被保険者
	生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 ()
	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 住所（居住地） 氏 名				
令和 2年 4月 1日 ⑧ 被保険者ご本人のご署名をお願いします。 長浜 太郎				

① 「変更」にO印をしてください。

⑤ 「その他」にチェックし、カッコ内には「住所地特例適用」とご記入ください。

【重要】
⑥ 新しい自治体に転入された日付をご記入ください。

⑦ 届書を提出される日付をご記入ください。

⑧ 被保険者ご本人のご署名をお願いします。

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 ()