

様式第3号(第4条関係)

後期高齢者医療資格取得(変更・喪失)届書

	新規(変更・喪失)	変 更 前	事 由
被保険者番号			事由発生年月日 年 月 日
個人番号			
フリガナ			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"/> 生活保護受給終了 <input type="checkbox"/> その他 ()
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	2 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 個人番号変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
住所、居住地 (施設名等)			
世帯主氏名			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"/> 生活保護受給開始 <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯主個人番号			
続 柄			
世帯主生年月日	年 月 日	年 月 日	
上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。 年 月 日 奈良県後期高齢者医療広域連合長 様 住 所 氏 名 本人との続柄 連絡先電話番号			

証 処 理	交付：窓口・郵送(/)
	回収：済 ・ 未(/)
	<本人確認> 書類名： 番 号：

備考	
----	--