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  □７５歳に到達  □他の広域連合からの転入  □後期高齢者医療被保険者  資格の取得  □適用除外非該当  □その他  （　　　　　　　　　　　）  上記の事由発生年月日  （　　　.　　　.　　　　）  ２　変　　更  □氏名の変更  □個人番号の変更  □広域連合内の住所の変更  □その他  （　　　　　　　　　　）  上記の事由発生年月日  （　　　.　　　.　　　）  ３　喪　　失  □死亡  □他の広域連合への転出  □後期高齢者医療被保険者  資格の喪失  □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 | | 年　　　月　　　日 | |  |
| ⑤  居住地  （施設名及び施設所在地） | |  | |  |
| ⑥世帯主 | 氏 名 | 男  ・  女 | |  |
| 個人番号  （12ケタ） |  | |  |
| 生 年  月 日 | 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。  年　　　月　　　日  滋賀県後期高齢者医療広域連合長　様 | | | | | |