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 |