様式第3号(第3条関係)

後期高齢者医療被保険者資格取得(変更・喪失)届書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 |  | 本人との関係 |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | 新規(変更・喪失) | | | | | | | | | 変更前 |
| 個人番号 | |  | | | | | | | | |  |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | | |  |
| 生年月日 | | 明治  大正　　　　年　　　月　　　日  昭和 | | | | | | | | |  |
| 住所 | |  | | | | | | | | |  |
| 届出の理由 | |  | | | | | | | | |  |
| 資格取得・変更・喪失年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |  |
| 世帯主との続柄 | |  | | | | | | | | |  |
| 世帯主 | 氏名 |  | | | | | | | | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | |  |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |  |
| 世帯内の被保険者状況 | | (被保険者氏名、被保険者番号) | | | | | | | | |  |
| (被保険者氏名、被保険者番号) | | | | | | | | |  |
| (宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長  　上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。  　　　　　　　　　　　年　　月　　日  申請者　住所  氏名 | | | | | | | | | | | |