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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |