

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

		新規 ( 変更・喪失 )	変更前	申請区分
被保険者番号				1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 広域外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )  2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域内の転居 <input type="checkbox"/> その他 ( )  3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 広域外への転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保険者番号				
フリガナ				
氏名		男・女		
個人番号				
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日		
住所	市・郡	町・村		
世帯主との続柄				
世帯主	氏名		男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	
申請区分 該当年月日			年 月 日	

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて (申請・届出) します。

年 月 日

申請者 (被保険者・届出者) 氏名

