

様式第3号（第3条関係）

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、関係書類を添えて届出します。

	届出年月日	年 月 日
届出者氏名	本人との関係	
届出者住所	電話番号	

異動内容	取得 ・ 喪失 ・ 変更	変更前
被保険者番号		
フリガナ		
氏名	(男・女)	
生年月日	年 月 日	
住所 (病院等名称)		
世帯主 との続柄		
世帯主	(氏名) (男・女)	
	(生年月日) 年 月 日	
世帯内の 被保険者	被保険者番号	氏名
異動事由	異動年月日 (. .)	喪失
	取得 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 他広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 他住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域連合への転出 <input type="checkbox"/> 住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> その他 ()
		変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 広域連合内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用 <input type="checkbox"/> 継続住所変更 <input type="checkbox"/> 被用者保険被扶養者該当 <input type="checkbox"/> その他 ()