

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			
個人番号			
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所 (病院等名称)			
世帯主 との続柄			
世帯主	(個人番号)		
	(氏名)		
	(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	変更
	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"/> 他住所地特例適用 <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 ()	<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 ()