

様式第3号(第4条関係)

後期高齢者医療被保険者資格取得(変更・喪失)届書

新規(変更・喪失)		変 更 前	事 由
被保険者番号			事由発生年月日 年 月 日 1 新 規 ☐ 75歳に到達 ☐ 他の広域連合からの転入 ☐ 後期高齢者医療被保険者資格の取得 ☐ 生活保護受給終了 ☐ その他 () 2 変 更 ☐ 氏名変更 ☐ 県内市町村転出入 ☐ 市町村内転居 ☐ 個人番号変更 ☐ その他 () 3 喪 失 ☒ 死亡 ☐ 他の広域連合への転出 ☐ 後期高齢者医療被保険者資格の喪失 ☐ 生活保護受給開始 ☐ その他 ()
個 人 番 号			
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	
住所、居住地 (施設名等)			
世帯主氏名			
世帯主個人番号			
続 柄			
世帯主生年月日	年 月 日	年 月 日	
マイナンバー カード(※)の 健康保険証利用 登録の有無	☐ 有 ☐ 無		

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

年 月 日

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所
氏 名
本人との続柄
連絡先電話番号

証 処 理	交付：窓口・郵送(/)
	回収：済 ・ 未(/)
	<本人確認> 書類名： 番 号：

備考	
----	--