

様式第7号 (第3条関係)

後期高齢者医療資格取得 (変更・喪失) 届書

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

香川県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則第3条の規定により、下記のとおり届出いたします。

届出年月日	年 月 日		
届出者名		本人との関係	
届出者住所	※届出者が本人の場合は、記入不要。(電話番号)		

事由	取得	変更	喪失
	<input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 県外から転入 <input type="checkbox"/> 生活保護停、廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 県内市町間転出入 <input type="checkbox"/> 市町内転居 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外へ転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 ()
事由発生日	年 月 日		

		新規 (変更・喪失)	変更前
被保険者番号			
<u>個人番号</u>			
フリガナ		性別	
氏名			
生年月日		年 月 日	
住所 (病院名等)			
世帯主	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日		年 月 日
	続柄		

以下は、取得時において同じ世帯に他の後期高齢者医療被保険者がいる場合に記入。

他の被保険者	被保険者証の番号 (又は被保険者資格 証明書の記号番号)	