

様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療に関する
資格喪失に
関する
申請書兼届出書

取得	被保険者番号								
喪失		被保険者区分	<input type="checkbox"/> 75歳以上	<input type="checkbox"/> 65歳～74歳					
変更	<input type="checkbox"/> 1割		<input type="checkbox"/> 3割						
その他									

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

次のとおり、関係書類を添えて申請（届出）します。 平成 年 月 日

住所変更などの届出をします。【**県外転入・県外転出・生保開始・生保廃止**】

障害認定申請により、平成 年 月 日から後期高齢者医療に加入します。

障害認定申請の撤回により、平成 年 月 日から後期高齢者医療を脱退します。

被保険者資格の喪失にあたり、（資格喪失・負担区分等・被扶養者・障害・特定疾病）証明書の交付を申請します。

	取得・喪失・変更後			変更前（変更がない場合は記入不要）			
被保険者 (申請・届出者)	フリガナ						
	氏名						
	個人番号						
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女			
住所等							
	(電話番号 - -)						
世帯主	氏名等				(男・女)		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	続柄	被保険者の			
同一世帯の 他の被保険者	有【被保険者番号： 】・無						
申請（届出）が 被保険者以外 の場合	氏名印			被保険者との続柄	
	住所等					
		(電話番号 - -)					

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません）。

確認事項	<input type="checkbox"/> 減額認定証	<input type="checkbox"/> 特定疾病証	<input type="checkbox"/> 送付先変更	異動年月日	・	・
	被扶養者軽減	<input type="checkbox"/> 該当（証明書提出済・後日） <input type="checkbox"/> 非該当		受付年月日	・	・
	即交短期証発行	有効期限 ・ ・ 本人確認（ ）		備考		
	納付状況	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納				
受付	端末入力			交付	回収	受付責任者
				交付・〒		