様式第１号（第２条関係）

後期高齢者医療資格得喪に関する申請書兼届出書

取　得 喪　失	被保険者番号		
変　更 その他	被保険者区分	□　75 歳以上　□　65 歳～74 歳 □　１割　　□　３割	

（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。　　令和　　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、　　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、　　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				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 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　　被保険者との続柄 住所等 （□被保険者と同じ） 電話番号　－　－ （□被保険者と同じ）			

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

確認事項	□　減額証・限度証　□　特定疾病証　□　送付先変更		異動年月日	令和　・　・
	被扶養者軽減	□　該当　（証明書　提出済・後日） □　非該当	受付年月日	令和　・　・
	即交短期証発行	有効期限　・　・ 本人確認（　　）	備考	
	納付状況	□　完納　　□　未納		

受　付	端末入力	交　付	回　収	受付責任者
		交付・〒		