

様式第1号の2（第11条関係）

後期高齢者医療障害状態不該当届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号 (8ケタ)		個人番号 (12ケタ)	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名	性別	男・女
	生年月日	年 月 日	
	住所		
施行令別表に定める障害の状態に該当しなくなった事由			
上記事由となった年 月 日		年 月 日	
<p>滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。</p> <p>年 月 日</p>			

【市使用欄】

受付印	資格入力	所得入力	MCWEL送信