

重障老人健康管理費資格喪失届書【記入例】

対象者	(ふりがな) 氏名	長岡 太郎	後期高齢者医療保険証 被保険者番号							
	生年月日	大 昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	1	2	3	4	5	6	7	8
	住所	長岡京市開田1-1-1								
喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡									
	<input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出 転出先住所： 〇〇県〇〇市△△■-■ (転出の場合) <input type="checkbox"/> その他：									
備考	上記事由発生年月日（令和 〇年 〇〇月 〇〇日）									
備考	対象者証回収状況									
	済（令和 年 月 日） 未（理由： ）									
上記のとおり関係書類を添えて届出します。										
令和 〇年 〇〇月 〇〇日										
京都府長岡京市長 様										
届出者 住所 長岡京市△△●-●-●										
氏名 長岡 花子 (対象者との続柄 長女)										
電話番号 951-〇〇〇〇										

該当するものに✓を  
してください。