

## 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 被保険者番号
	生年月日	大昭 ○○年 ○○月 ○○日生	1 2 3 4 5 6 7 8
	住所	長岡京市開田1-1-1	
<p>該当するものに✓を してください。</p> <p>喪失事由</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 死亡  <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出            転出先住所： ○○県○○市△△■-■ (転出の場合)  <input type="checkbox"/> その他：</p> <p>上記事由発生年月日 ( 令和 ○年 ○○月 ○○日 )</p>			
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 ○年 ○○月 ○○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-○○○○			