

後期高齢者医療被保険者資格の取得（変更・喪失）届書

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

以下のとおり届出いたします。

フリガナ		届出日	年 月 日
届出者名		被保険者との関係	
届出者住所	〒	連絡先電話番号	( )

		新規（変更・喪失）	変更前
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		男・女
	住所		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	個人番号		
世帯主との続柄			

		新規（変更・喪失）	変更前
世 帯 主	フリガナ		
	氏名		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
個人番号			

	被保険者番号		フリガナ 氏名	性別	生年月日	世帯主との続柄	届出事由	
	個人番号						取得	喪失
同 一 世 帯 の 他 被 保 険 者				男・女			<input type="checkbox"/> 転入（一般宅・施設） <input type="checkbox"/> 適用除外解除（事由） <input type="checkbox"/> 入国 <input type="checkbox"/> 帰化 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 広域内転出 <input type="checkbox"/> 広域外転出 ・負担区分証明書 ・転出先確認（一般宅・施設） <input type="checkbox"/> 適用除外（事由） <input type="checkbox"/> 生保開始
				男・女			<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
				男・女				
				男・女				

適用年月日		被保険者番号							
-------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証	減額証	特定疾病

高： 葬：

(用紙規格 A4)