

後期高齢者医療被保険者資格の取得（変更・喪失）届書

書き方見本
(市内転居の場合)

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

記入者

以下のとおり届出いたします。

フリガナ	コクブンジ ハナコ	届出日	〇〇年〇〇月〇〇日
届出者名	国分寺 花子	被保険者との関係	妻
届出者住所	〒 185-8501 国分寺市 戸倉 1-6-1		
		連絡先電話番号	042(325)0111

異動した方

		新規（変更・喪失）	変更前
被 保 険 者	フリガナ	コクブンジ タロウ	
	氏名	国分寺 太郎	
	住所	国分寺市戸倉1-6-1	国分寺市泉町2-3-8
	生年月日	明治・大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
世帯主との続柄			

「通知カード」又は「個人番号カード」を確認し、被保険者本人の12桁の「マイナンバー（個人番号）」を記入してください。不明の場合には未記入で構いません。

世帯主	フリガナ		男・女
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	個人番号		

	被保険者番号		性別	生年月日	世帯主との続柄	届出事由	
	個人番号	フリガナ氏名				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 checked="" 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	〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
-------	-----------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者証	減額証	特定疾病

高： 葬： (用紙規格 A4)