

受付印

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
(他道府県転出の場合)

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。

記入者

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

被保険者	フリガナ	新規（変更・喪失） コクブンジ タロウ	変更前
	氏名	国分寺 太郎	旧住所
	住所	▲▲市〇〇1-2-3	新住所 国分寺市戸倉1-6-1
	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		

同一世帯の他被保険者	被保険者番号	フリガナ	性別	生年月日	世帯主との続柄	届出事由	
	個人番号	氏名				取得	喪失
			男・女			☐ 転入（一般宅・施設） ☐ 適用除外解除（事由） ☐ 入国 ☐ 帰化 ☐ 年齢到達 ☐ その他	☒ 広域外転出 ・負担区分証明書 ・転出先確認（一般宅・施設） ☐ 適用除外（事由） ☐ 生保開始 ☐ 出国 ☐ 死亡 ☐ その他
	「広域外転出」にチェックを入れてください。						
			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
-------	-----------	--------	-----------------

(用紙規格 A4)

被保険者証	減額証	特定疾病

高： 葬：