

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。

		届 出 日	
届 出 者 名		本人との関係	
連絡先電話番号			

		新規（変更・喪失）		変 更 前	
被 保 険 者	ふりがな		男 ・ 女		
	氏 名				
	住 所				
	生年月日				
	個人番号				
	世帯主との 続柄				

		新規（変更・喪失）		変 更 前	
世 帯 主	ふりがな		男 ・ 女		男 ・ 女
	氏 名				
	生年月日				
	個人番号				

	被保険者番号		ふりがな 氏 名	性 別	生年月日	世帯主と の続柄	届出事由	
	被保険者番号	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 <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"/> 転出 <input type="checkbox"/> 適用除外 （事由 ） <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
							<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	
				男 ・ 女				
				男 ・ 女				

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