

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	
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		男 ・ 女		
	氏 名				
	住 所				
	生年月日				
	個人番号				
	世帯主との 続柄				
	被保険者番号				

		新規（変更・喪失）		変 更 前	
世 帯 主	フリガナ		男 ・ 女		
	氏 名				
	生年月日				
	個人番号				

		届出事由	
		取得	喪失
同 一 世 帯 の 他 被 保 険 者	フリガナ		
	氏 名		
	被保険者番号		
	フリガナ		
	氏 名		
	被保険者番号		
	フリガナ		
氏 名			
被保険者番号			
		<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
		変 更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 個人番号変更 <input type="checkbox"/> その他	
適用年月日			