

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	年 月 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	明・大・昭	年	月	日	明・大・昭	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	明・大・昭	年	月	日	明・大・昭	年	月	日
	個人番号								

同 一 世 帯 の 他 被 保 険 者	フリガナ		届出事由	
	氏 名			
	被保険者番号		取得	喪失
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 転出
	氏 名		<input type="checkbox"/> 適用除外解除 (事由 )	<input type="checkbox"/> 適用除外 (事由 )
	被保険者番号		<input type="checkbox"/> 入国	<input type="checkbox"/> 生保開始
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 帰化	<input type="checkbox"/> 出国
氏 名		<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> 死亡	
被保険者番号		<input type="checkbox"/> その他	<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				