

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		お届けいただける 方のお名前・続 柄・連絡先をご記 入ください。
	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		被保険者様のお名 前・性別・住所・ 生年月日をご記入 ください。
	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	
	個人番号						取得	喪失
被 保 険 者				男 ・ 女			<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 転出
							<input type="checkbox"/> 適用除外 解除 (事由 )	<input type="checkbox"/> 適用除外 (事由 )
				男 ・ 女			<input type="checkbox"/> 入国	<input type="checkbox"/> 出国
							<input type="checkbox"/> 帰化	<input type="checkbox"/> 死亡
				男 ・ 女			<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> その他
							変更	<input type="checkbox"/> 住所変更

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