

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あて

以下のとおり届出いたします。

届 出 日	令和 年 月 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	フリガナ氏 名		男・女		
	住 所				
	生年月日			明・大・昭	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	フリガナ氏 名		男・女		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	明・大・昭	年 月 日
	個人番号				

						届出事由		
同一世帯の他被保険者	被保険者番号 個人番号		フリガナ氏 名	性別	生年月日	世帯主との続柄	取得	喪失
				男・女	明 大 昭		☐ 転入 広一内 広一外 ☐ 適除解除 生保廃 (/) その他 (事由)	☐ 転出 広一内 広一外 ☐ 適用除外 生保開 (/) 他広住 (/) その他
				男・女	明 大 昭		☐ 入国 ☐ 帰化 ☐ 年齢到達 ☐ その他	☐ 出国 ☐ 死亡 (/) ☐ その他
				男・女	明 大 昭		☐ 住所変更(市内転居) ☐ 氏名変更 ☐ 世帯変更 ☐ その他	
				男・女	明 大 昭			
				男・女	年 月 日			

適用年月日				被保険者番号						
低Ⅰ非	低Ⅰ老	低Ⅰ保	低Ⅱ非	低Ⅱ保	一般基	一般課	一般特	一経2	一定上	

証回収	/			
所得 度	同判	証出	証交付	
/	/	/	郵 送	/
	人		窓口 本 届	