

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	
	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"/> 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"/> 生保開始
							<input type="checkbox"/> 帰化	<input type="checkbox"/> 出国
			.....	男 ・ 女			<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡
			.....	男 ・ 女			<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"/> その他	

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