

# 記 入 例

## 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	届出者の住所、氏名等を記載してください。	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	取得（変更・喪失）されるかたの住所、氏名等を記載してください。		変更前の住所等を記載してください。	
	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		男 ・ 女
	氏 名				
	生年月日				
	個人番号				

同 一 世 帯 の 他 被 保 険 者	フリガナ		同一世帯に他の後期高齢者がいる場合に記載してください。		届出事由	
	氏 名				取得	喪失
	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"/> 転出 <input type="checkbox"/> 適用除外 （事由 ）		
	フリガナ		<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"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他		
	氏 名		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		
	被保険者番号					
	フリガナ					
氏 名						
被保険者番号						
適用年月日						