

後期高齢者医療被保険者資格の取得（変更・喪失）届書

書き方見本

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。

記入者

フリガナ	コクブンジ ハナコ	届出日	○年 ○月 ○日
届出者名	国分寺 花子	被保険者との関係	妻
届出者住所	〒 185-8790 国分寺市戸倉 1-6-1	連絡先電話番号	042(325)0111

お亡くなりの方

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ	コクブンジ タロウ	
氏名	国分寺 太郎	男・女
住所	国分寺市戸倉 1-6-1	
生年月日	明治・大正・昭和 ○○年 ○月 ○日	
個人番号		
世帯主との続柄		

死亡による資格喪失届の場合には個人番号の記入は不要です

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
個人番号		

	被保険者番号		性別	生年月日	世帯主との続柄	届出事由	
	個人番号	フリガナ氏名				取得	喪失
同一世帯の他被保険者			男・女			<input type="checkbox"/> 転入（一般宅・施設） <input type="checkbox"/> 適用除外解除（事由） <input type="checkbox"/> 入国 <input type="checkbox"/> 帰化	<input type="checkbox"/> 広域内転出 <input type="checkbox"/> 広域外転出 <input type="checkbox"/> 負担区分証明書・転出先確認（一般宅・施設） <input type="checkbox"/> 適用除外（事由） <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 出国 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
			男・女			<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> その他	
			男・女				
			男・女				
			男・女				

被保険者証または資格確認書上部に記載の8桁の番号

死亡日

適用年月日	○○年○月○日	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
-------	---------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---

(用紙規格 A4)

被保険者証	減額証	特定疾病

高： 葬：

東京都後期高齢者医療広域連合長 様
国分寺市長 様

今回、喪失
物が生じた場

- ① 表面の届出者へ書類を送付してよろしければ上の欄にチェックしてください
② 届出者以外への送付を希望される場合にはチェックの上、送付先となる方のお名前・ご住所・電話番号を記入してください

- 表面の届出者へ送付を希望します（チェックを付ければ記入は不要です）。
 下記の対象者への送付を希望します（チェックを付けた上でご記入ください）。

依頼者

(フリガナ) コクブンジ イチロウ

氏名 国分寺 一郎 (続柄 子)

住所 〒 185 - 8790

東京都国分寺市戸倉 1 - 6 - 1

電話番号 042-325-0111

【処理欄】

	標準システム	eSuite
入 力		
確 認		

備考欄