

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。

| | | | |
|-------|---|----------|-------|
| フリガナ | | 届出日 | 年 月 日 |
| 届出者名 | | 被保険者との関係 | |
| 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 | | |
| | 氏名 | | 男・女 |
| | 住所 | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 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 |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | |
| 個人番号 | | | |

| | 被保険者番号 | | フリガナ 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（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"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 広域内転出 <input type="checkbox"/> 広域外転出 ・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 |
| | | | | 男・女 | | | <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 | <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | | | 男・女 | | | | |
| | | | | 男・女 | | | | |

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

| | | |
|-------|-----|------|
| 被保険者証 | 減額証 | 特定疾病 |
| | | |

高： 葬：

(用紙規格 A4)

東京都後期高齢者医療広域連合長 様
国分寺市長 様

今回、死亡の届出をしましたが、被保険者に対して今後後期高齢者医療制度等に関する送付物が生じた場合の送付先については、下記のとおり送付するよう依頼します。

- 表面の届出者に対して送付を希望します（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)

氏名 (続柄)

住所 〒 -

電話番号

【処理欄】

| | 標準システム | eSuite |
|----|--------|--------|
| 入力 | | |
| 確認 | | |

備考欄

【身元確認書類】 確認済 (担当 :)