

# 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。

記入例

届出者名	墨田 太郎	届出日	令和 6 年 5 月 1 日
届出者住所	墨田区吾妻橋1 - 23 - 20	本人との関係	本人 配偶者(子) 兄弟姉妹 その他( )
		連絡先電話番号	03(1234)4567

		新規(変更・喪失)	変更前
被保険者	フリガナ	スミダ イチロウ	
	氏名	墨田 一郎	
	住所	墨田区吾妻橋1 - 23 - 20	〇〇県〇〇市〇〇1 - 1
	生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日	大正・昭和 年 月 日
	個人番号	0123 4567 8910	
	世帯主との続柄	本人 その他(父)	本人 その他( )
	被保険者番号		

		新規(変更・喪失)	変更前
世帯主	フリガナ	スミダ タロウ	
	氏名	墨田 太郎	
	生年月日	大正 昭和 平成 40 年 10 月 10 日	大正・昭和・平成 年 月 日
	個人番号	1234 5678 9012	

同一世帯の他被保険者	フリガナ	スミダ ハナコ
	氏名	墨田 花子
	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	被保険者番号	

届出事由		
取得	変更	喪失
転入 適用除外解除 (事由 ) 入国 帰化 年齢到達 その他 ( )	住所変更 氏名変更 世帯変更 個人番号変更 その他 ( )	転出 適用除外 (事由 ) 生保開始 出国 死亡 その他 ( )

適用年月日	令和 年 月 日
-------	----------

[担当処理欄] (受付) 窓口・郵送・出張所(緑・横川・東向・墨二・文花) 住基確認 特定活動(指定書写)

負担区分	限度記載	長期記載	特定疾病	受付	資格	再検	送付	受付印
低	有	有	有・無				1割・2割・3割	
一般			<記載>					
一定	無	無	有・無				発送日	

- R7.1 [身元確認] { 1点確認書類( MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 その他( ) )  
2点確認書類( 保険証・資確書 減・限度額証 介保証 介負担割合証 その他( ) ) }
- [代理権確認] 委任状 MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 保険証・資確書 その他( )
- [番号確認] MC 通知カード 住民票の写し 標準S