

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。

届出者名		届出日	令和 年 月 日
届出者住所		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	()

		新規(変更・喪失)		変更前	
被保険者	フリガナ		男・女		
	氏名				
	住所				
	生年月日	大正・昭和	年 月 日	大正・昭和	年 月 日
	個人番号				
	世帯主との続柄	本人	その他()	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		男・女		男・女
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	大正・昭和・平成	年 月 日
	個人番号				

同一世帯の他被保険者	フリガナ	
	氏名	
	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
<input type="checkbox"/> 転入 <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"/> 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()	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 適用除外(事由) <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 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	減額	限度額	特定疾病	受付	保険料	資格	証送付	受付印
低I非 一定I	区分I	現役I	有				1割 3割	
低II非 一定II	区分II	現役II						
一般課 一定III	なし	なし	無					
一般基								

2.4 身元確認 1点確認書類(個人番号カード・免許証 運転経歴証 住基カード・旅券 身体障がい者手帳 その他())

2点確認書類(保険証 減額証 限度額証 介護保険証 負担割合証 勸奨送付の申請書 その他())

番号確認(個人番号カード・通知カード・番号付き住民票の写し e-SUITE)

後期高齢者医療被保険者資格の取得(変更・喪失)届

記入例

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。

届出者名	墨田 太郎	届出日	令和 年 月 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
<input type="checkbox"/> 転入 <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"/> 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()	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 適用除外(事由) <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 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	減額	限度額	特定疾病	受付	保険料	資格	証送付	受付印
低I非 一定I	区分I	現役I	有				1割 3割	
低II非 一定II	区分II	現役II						
一般課 一定III	なし	なし	無					
一般基								

2.4 身元確認 1点確認書類(個人番号カード 免許証 運転経歴証 住基カード 旅券 身体障がい者手帳 その他())

2点確認書類(保険証 減額証 限度額証 介護保険証 負担割合証 勸奨送付の申請書 その他())

番号確認(個人番号カード 通知カード 番号付き住民票の写し e-SUITE)