

後期高齢者医療住所地特例（該当・非該当）届出書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

世帯番号	宛名番号	被保険者番号	
	住登外		
異動前	住基・外登	使用しない被保険者番号	

個人番号		異動事由	
(フリガナ) 氏名		<input type="checkbox"/> 住所地特例該当 高確法第55条 <input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 <input type="checkbox"/> 第4号 <input type="checkbox"/> 第5号 高確法第55条の2 <input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 住所地特例非該当	
生年月日		年 月 日	
住所 (施設名及び 施設所在地)		確認項目 <input type="checkbox"/> 減額認定証 有 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 有 <input type="checkbox"/> 基準収入額 有 <input type="checkbox"/> 証交付 有 <input type="checkbox"/> 送付先変更 有 <input type="checkbox"/> 負担区分変更 有 福祉医療制度 ※福祉医療制度があれば記載する。	
(扶養義務者等 任意)	氏名		
	住所		
	電話番号		
異動年月日	年 月 日		

広島県後期高齢者医療広域連合長 様
 上記のとおり、届け出ます。
 年 月 日

被保険者証送付日	年 月 日	被保険者証を受領しました。 (サイン) 確認書類 免許証・その他 ()
被保険者証回収日	年 月 日	
システム入力者	システム確認者	

(備考) 市区町受付印

※同時に申請を受付した場合は
 ✓をしてください

住基異動確認書	異送付先	減額・限度額認定申請	特定疾病	再交付