

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 | | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">異動事由</div> <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 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 死亡 |
| | | 住登外 | | |
| 異動前 | | 住基 | | |
| 被保険者番号 | | 個人番号 | | |
| 使用しない被保険者番号 | | | | |
| (フリガナ) | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 住所 | | | | |
| | 異動前 | | | |
| 連絡先 (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 | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">福祉医療制度</div> ※福祉医療制度があれば記載する。 | | | | |

| | | | |
|---|-----------------------|---------|---------|
| 送付日 年 月 日 | システム入力者 | システム確認者 | (受領サイン) |
| 回収日 年 月 日 | | | |
| 種別 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 | 確認書類 マイカド・免許証・その他 () | | |

| | |
|------|----------|
| (備考) | (市区町受付印) |
|------|----------|