

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		異動事由 ☐ 住所地特例該当 高確法第55条 ☐ 第1号 ☐ 第2号 ☐ 第3号 ☐ 第4号 ☐ 第5号 高確法第55条の2 ☐ 第1号 ☐ 第2号 ☐ 住所地特例非該当 ☐ 転居 ☐ 生活保護開始 ☐ 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				確認項目 ☐ 特定疾病証 有 ☐ 基準収入額 有 ☐ 証交付 有 ☐ 送付先変更 有 ☐ 負担区分変更 有
(フリガナ)				
氏名				
生年月日	年 月 日			
住所				福祉医療制度 ※福祉医療制度があれば記載する。
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				

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 ☐ 資格確認書 ☐ 資格情報通知書	確認書類 マイバード・免許証・その他 ()		
(備考)			(市区町受付印)