

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	
		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			

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

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

福祉医療制度

※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 ☐ 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