

後期高齢者医療住所地特例の適用(変更・終了)に関する届出書

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

次のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律第55条住所地特例の(適用・変更・終了)について届出をいたします。

		届 出 日	
届 出 者 名		本人との関係	
届 出 者 住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

被保険者番号				個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		男・女	生年月日	
	氏 名			世帯主との続柄	
		従前の住所			

世帯主	フリガナ		男・女	個人番号	
	氏 名			生年月日	

(適用・変更) 自宅⇒施設、自宅→A施設⇒B施設

施 設 名 称		適用年月日	
所 在 地	電話番号 ()		

(終了)

新 住 所		終了年月日	
-------	--	-------	--

【 区処理欄 】

受付 入力 確認

宛名コード	9	0	0	0	0	0			
世帯コード	9	0	0	0	0	0			

減額認定 あり ・ なし
特定疾病 あり ・ なし 証交付済 (月 日) 郵送