

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あて

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	令和 年 月 日
届出者名	本人との関係	本人 配偶者 子 兄弟姉妹 その他()
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	大正・昭和 年 月 日
	氏名		世帯主との続柄	本人 その他()
	従前の住所			

世帯主	フリガナ	男・女	個人番号	
	氏名		生年月日	大正・昭和・平成 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	令和 年 月 日
所在地	電話番号 ()	

(終了)

新住所	終了年月日	令和 年 月 日
-----	-------	----------

【担当処理欄】 (受付) 窓口・郵送

負担区分	限度記載	長期記載	特定疾病	受付	資格	再検	送付	受付印
低 ・ 般 ・ 一定	有	有	有・無				1割 2割 3割	
	無	無	<記載> 有・無				発送日	

R7.1 【身元確認】 1点確認書類(MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 その他())

2点確認書類(保険証・資確書 減・限度額証 介保証 介負担割合証 その他())

【代理権確認】委任状 MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 保険証・資確書 その他()

【番号確認】MC 通知カード 住民票の写し 標準S