

後期高齢者医療被保険者資格異動届出書

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	
異動前			

被保険者番号		個人番号	

(フリガナ)			
氏名			
異動前			

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

住所			
異動前			

異動事由			
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

(資格取得)
☐生保非該当
☐支援給付対象外
☐転入（県内・県外）
☐入国
☐他広域住所特例解除
☐その他
()
(資格喪失)
☐生保該当
☐支援給付受給
☐転出（県内・県外）
☐出国
☐死亡
☐有期認定期限切れ
☐障害状態不該当
☐他広域住所特例該当
☐その他
()
(その他異動)
☐転居
☐氏名・通称名変更
☐世帯合併
☐世帯分離
☐世帯変更
☐世帯主変更
☐その他
()

確認項目

☐負担区分証明書
☐認定証明書
☐外国人区分 有
↳☐特定活動(医療・観光)
↳☐その他
☐住所地特例 有
☐特定疾病証 有
☐基準収入額 有
☐証交付 有
☐送付先変更 有
☐社保扶養 有
(年 月迄)

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 ☐ マイナンバー・免許証・その他 ()
(備考)			(市区町受付印)