

後期高齢者医療制度住所届

後期高齢者医療制度の被保険者となる被扶養者の住所を報告します。

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団理事長殿

加入者住所	郵便番号〔 - 〕
	電話 ()

1	加入者番号				加入者氏名	生年月日				性別
	県コード	学種	学校番号	個人番号		³⁹ 2	大	年	月	
2	1	2	1	9						1. 男
										2. 女

被扶養者氏名（後期高齢者医療制度被保険者氏名）				生年月日				続柄 名称	コード	性別
				⁴⁸ 2	大	年	月	日	⁵⁵	1. 男
				⁴⁸ 3	昭					2. 女
被扶養者住所	郵便番号		フリガナ	⁶⁴	ト・ドウ フ・ケン		⁷²	ク・マチ・チョウ ムラ・ソン		
	⁵⁷	-	漢字	¹⁶⁶	都・道 府・県		¹⁷⁴	市 区		
			フリガナ	⁹⁶				郡 町・村		
	町名・字名以下を 記入してください。		漢字	¹⁹⁸						

被扶養者氏名（後期高齢者医療制度被保険者氏名）				生年月日				続柄 名称	コード	性別
				⁴⁸ 2	大	年	月	日	⁵⁵	1. 男
				⁴⁸ 3	昭					2. 女
被扶養者住所	郵便番号		フリガナ	⁶⁴	ト・ドウ フ・ケン		⁷²	ク・マチ・チョウ ムラ・ソン		
	⁵⁷	-	漢字	¹⁶⁶	都・道 府・県		¹⁷⁴	市 区		
			フリガナ	⁹⁶				郡 町・村		
	町名・字名以下を 記入してください。		漢字	¹⁹⁸						

- 後期高齢者医療の被保険者となる被扶養者は、保険料軽減のために（軽減期間は2年間です）住所を広域連合へ情報提供する必要があります。
- 加入者と同居している被扶養者は、当事業団で保有する加入者の住所情報を使用して情報提供するため本用紙での届出は不要です。
- 外国に居住する被扶養者（国内居住要件の例外として被扶養者となる人）は住所情報の届出は不要ですが、別途「後期高齢者医療制度被保険者該当・不該当届出書」が必要となります。届出用紙が必要な場合は、ご請求のうえ届出ください。

私学事業団受付印