

後期高齢者医療制度 住 所 届

被扶養者が75歳の誕生日を迎えて「後期高齢者」になると、その被扶養者の住所情報を広域連合に提供しています。その被扶養者と加入者が別居していて住所が異なるときに使用します。

- 提出上の注意
- 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。

加入者等記号・番号を記入してください。

加入者の氏名・生年月日・性別を記入してください。

加入者の住所、電話番号を記入してください。

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。
令和〇〇年 3 月 20 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〔 113 - 9999 〕
東京都文京区湯島5-1-7
電話 03-3813-5321

1	加入者等 記号・番号										加入者 氏 名										生 年 月 日				性 別								
2	1	2	1	9	13	A	9999	0000	1	0	0	私学 太郎										3	昭	年	00	月	09	日	1	男			
																				4	平											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

性 別

私学 花子

3 昭 年 00 月 03 日 妻 1. 男 2. 女

被扶養者住所

郵便番号

フリガナ

漢 字

102 - 0071

トウキョウ

東京

千ヨダ

千代田

町名・字名以下を記入してください。

フリガナ

漢 字

フジミ9チョウ×10バン11ゴウ

富士見9丁目10番11号

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

性 別

3 昭 年 月 日 1. 男 2. 女

被扶養者住所

郵便番号

フリガナ

漢 字

ト・リウ

フ・ケン

都・道

府・県

シ

ダン

市

郡

町・村

クマダマツ

ムラツシ

町名・字名以下を記入してください。

フリガナ

漢 字

1. 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。

2. 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。

3. 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

被扶養者の氏名・生年月日・性別を記入してください。

加入者の住所と異なる場合に、住民票に登録している被扶養者の住所を記入してください。「住所」欄は、郵便番号（7桁）から記入してください。①漢字住所は都道府県、郡市区、町村を省略しないで記入してください。都道府県名を含めて35文字以内に収まるようにしてください。②フリガナ欄は、漢字住所と同じ内容を記入し、町名以下のフリガナも必ず記入してください。
なお、住所に「・」、「〇」、「&」、「'」（アポストロフィー）、「,」（カンマ）、「/」（スラッシュ）、「I」、「II」のローマ数字は使用できません。
*住所の上段の「町村」欄は「郡」の場合に記入し、「市」の場合は町村以下を下段に記入してください。