

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

被 保 険 者	被保険者番号		市町村名	
	フリガナ			
	氏名			
	個人番号			
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	日生
異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー 電話番号 ()		
	* 異動前の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。			
	施設等名称			
	退所年月日			
異 動 後 情 報	現住所	〒 ー 電話番号 ()		
	* 異動後の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。			
	施設等名称			
	入所年月日			
届出事由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転出により施設等に入所 ・ 住所異動に伴い入所施設等変更 ・ 住所異動に伴い施設等から退所 ・ 死亡による資格喪失 	異動年月日	年 月 日	
		※ 日付は住民票の異動があった日を記入すること。		
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">届出者住所</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">被保険者との続柄 ()</p>				