

【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	・ 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。		
上記のとおり届出します。 年 月 日 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て 〒 ー 届出者住所 届出者氏名 電 話 番 号 () 被保険者との続柄 ()									