

(記載例) 新規適用の場合

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	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
	フリガナ	コウキ タロウ									
	氏名	後 期 太 郎									
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
	生年月日	明治(大正)昭和 〇〇 年 ××月 △△日生									
異動前情報	従前の住所	〒 234-5678 △△県□□市 2-2 電話番号 123 (456) 7890									
	* 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	年 月 日									
異動後情報	現住所	〒 123-4567 〇〇県××市 3-3 電話番号 012 (345) 6789									
	* 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	特別養護老人ホーム ××××									
	入所年月日	〇〇年 △△月 □□日									
届出事由	・転出により施設等へ入所 ・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		〇〇年 △△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。											
〇〇年 △△月 □□日											
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て											
届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市 2-2											
届出者氏名 後 期 一 郎											
電話番号 123 (456) 7890											
被保険者との続柄 (長男)											

(記載例) 入所施設等変更の場合

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	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
	フリガナ	コウキ タロウ									
	氏 名	後 期 太 郎									
	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
	生 年 月 日	明治 <u>大正</u> 昭和 〇〇 年 ××月 △△日生									
異 動 前 情 報	従前の住所	〒 123-4567 〇〇県××市 3-3 電話番号 012 (345) 6789									
	* 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	特別養護老人ホーム ××××									
	退 所 年 月 日	〇〇年 △△月 □□日									
異 動 後 情 報	現住所	〒 234-5678 ××県□□市 1-1 電話番号 123 (456) 7890									
	* 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	ケアハウス ○○○○									
	入 所 年 月 日	〇〇年 △△月 □□日									
届 出 事 由	・ 転出により施設等へ入所 ・ <u>住所</u> 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	〇〇年 △△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。											
〇〇年 △△月 □□日											
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て											
届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市 2-2											
届出者氏名 後 期 一 郎											
電 話 番 号 123 (456) 7890											
被保険者との続柄 (長男)											

(記載例) 入所施設等退所の場合

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	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
	フリガナ	コウキ タロウ									
	氏名	後 期 太 郎									
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
	生年月日	明治 <u>大正</u> 昭和 〇〇 年 ××月 △△日生									
異動前情報	従前の住所	〒 123-4567 〇〇県××市 3-3 電話番号 012 (345) 6789									
	* 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	特別養護老人ホーム ××××									
	退所年月日	〇〇年 △△月 □□日									
異動後情報	現住所	〒 234-5678 ××県△△市 2-2 電話番号 234 (567) 8901									
	* 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	年 月 日									
届出事由	・ 転出により施設等へ入所 ・ 住所異動に伴い入所施設等変更 ・ <u>住所</u> 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	〇〇年 △△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。											
〇〇年 △△月 □□日											
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て											
届出者住所					〒 234-5678 △△県□□市 2-2						
届出者氏名					後 期 一 郎						
電話番号					123 (456) 7890						
被保険者との続柄					(長男)						

(記載例) 死亡の場合

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	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
	フリガナ	コウキ タロウ									
	氏 名	後 期 太 郎									
	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 〇〇 年 ××月 △△日生									
異 動 前 情 報	従前の住所	〒 123-4567 〇〇県××市3-3 電話番号 012 (345) 6789									
	* 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	特別養護老人ホーム ××××									
	退所年月日	〇〇年 △△月 □□日									
異 動 後 情 報	現住所	〒 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	年 月 日									
届出事由	・ 転出により施設等へ入所 ・ 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		〇〇年 △△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。 〇〇年 △△月 □□日 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て 届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市2-2 届出者氏名 後 期 一 郎 電 話 番 号 123 (456) 7890 被保険者との続柄 (長男)											