

後期高齢者医療住所地特例(適用・変更・終了)届書

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届け出ます。

| | |
|-------|--------------|
| 届出年月日 | 平成 年 月 日 |
| 届出人氏名 | Ⓜ 本人との関係 |
| 届出人住所 | 〒 - 電話番号 () |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--|--|--|------|-----------|---|---|---|
| | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | フリガナ | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | 明・大 ・昭 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|------|--|----|--|------|-----------|---|---|---|
| | フリガナ | | 続柄 | | | | | | |
| 世 帯 主 | 氏名 | | | | 生年月日 | 明・大 ・昭 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----|-----|--|------|-----|---|---|--|
| | 従前の住所 | | 〒 - | | | | | | |
| 異 動 前 の 情 報 | | | | | 電話番号 | () | | | |
| | * 異動前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 | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----|-----|--|------|-----|---|---|--|
| | 現住所 | | 〒 - | | | | | | |
| 異 動 後 の 情 報 | | | | | 電話番号 | () | | | |
| | * 異動後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 | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | |