

後期高齢者医療 住所地特例 適用・変更・終了届

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

次のとおり、住所地特例（適用・変更・終了）について届出します。 平成 年 月 日 ※上記（適用・変更・終了）の該当するものに○で囲んでください。 【在宅→施設等：適用 施設等→施設等：変更 施設等→在宅：終了】						
被保険者 （届出者）	被保険者番号				個人番号	
	氏 名				生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
					性 別	男 ・ 女
変 更 後	現 住 所	（電話番号 — — ）				
	※ 現住所が施設等の場合、記入してください。					
	施設等	名 称				
		入所年月日	平成 年 月 日			
	世帯主	氏 名		続 柄	被保険者の	
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女		
変 更 前	変 更 前 住 所	（電話番号 — — ）				
	※ 変更前住所が施設等の場合、記入してください。					
	施設等	名 称				
	退所年月日	平成 年 月 日				
届出が被保険者 以外の場合		氏 名 印.....	被保険者との続柄	
		住所等			
		（電話番号..... — —.....）				

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません）。

市区町村記入欄

受付年月日	受 付	端末入力	交 付	回 収	受付責任者
. .					