

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。 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	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	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
. .					