

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。 令和 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
変 更 後	現住所	（電話番号 — — ）			
	施設等	※ 現住所が施設等の場合、記入してください。			
	名称				
	入所年月日	令和 年 月 日			
	世帯主	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			続柄	被保険者の	
変 更 前	変更前住所	（電話番号 — — ）			
	施設等	※ 変更前住所が施設等の場合、記入してください。			
	名称				
	退所年月日	年 月 日			
届出が被保険者以外の場合		氏名 被保険者との続柄 住所等 （□被保険者と同じ） 電話番号 （□被保険者と同じ）			

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

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
. .					