

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	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	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ											生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日				
	氏名																			

世 帯 主	フリガナ		続柄	
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日

異 動 前 の 情 報	従前の住所	〒 - 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										
	施設等	退所年月日	年 月 日									

異 動 後 の 情 報	現住所	〒 - 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										
	施設等	入所年月日	年 月 日									