

## 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											性別	男 ・ 女							

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

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	退所年月日	年	月

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	入所年月日	年	月