

後期高齢者医療住所地特例（適用・変更・終了）届出書

和歌山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 ()					

届出者が被保険者本人の場合、届出人住所は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名		生年月日		明・大 ・昭	年	月	日			
			性別		男			・		女	

世 帯 主	フリガナ		続柄								
	氏名		生年月日		明・大 ・昭	年	月	日			
			性別		男			・		女	

異 動 前 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	日							

異 動 後 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	日							