

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	〒 ー 電話番号 ()		

※届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号													
	個人番号													
	フリガナ													
	氏 名							生年月日	明・ 大・昭	年	月	日		
								性 別	男		・	女		

世 帯 主	個人番号													
	フリガナ							続 柄						
	氏 名							生年月日	明・大 昭・平	年	月	日		
									性 別	男		・	女	

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー 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	名 称											
	等	退所年月日	年	月	日								

異 動 後 情 報	現住所	〒 ー 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	名 称											
	等	入所年月日	年	月	日								