

様式第6号（第5条関係）

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

被 保 険 者	被保険者番号		市町村名	
	フリガナ			
	氏名			
	個人番号			
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日生	
異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー		
		電話番号 ()		
	*異動前の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			
異 動 後 情 報	現住所	〒 ー		
		電話番号 ()		
	*異動後の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			
届出事由	<ul style="list-style-type: none"> ・転出により施設等に入所 ・住所異動に伴い入所施設等変更 ・住所異動に伴い施設等から退所 ・死亡による資格喪失 		異動年月日	年 月 日
	※ 日付は住民票の異動があった日を記入すること。			
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>〒 ー</p> <p>届出者住所</p> <p>届出者氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者との続柄 ()</p>				