様式第６号（第５条関係）

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

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 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　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 | 〒　　　－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 | ・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。 |
| 　上記のとおり届出します。年　　月　　日茨城県後期高齢者医療広域連合長　宛て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－届出者住所届出者氏名電話番号　　　　　　（　　　）被保険者との続柄　（　　　　　　　　　　　　） |