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　（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |