

後期高齢者医療 住所地特例 適用（変更・終了）届書

※太枠の中をご記入ください

被保険者	被保険者番号									異動事由 及び 年月日	適用・変更・終了		
	個人番号										年	月	日
	フリガナ												
	氏名									生年月日	年	月	日
	性別		男・女		世帯主との続柄(異動後)								
異動後情報	世帯主	フリガナ							男・女	個人番号			
		氏名								生年月日	年	月	日
	現住所		〒										
	(居宅・施設)												
	※異動後の住所が施設等の場合、以下も記入してください。												
施設等	名称							入所年月日		年	月	日	
異動前情報	従前の住所		〒										
	(居宅・施設)												
	※異動前の住所が施設等の場合、以下も記入してください。												
	施設等	名称							退所年月日		年	月	日
<p>岡山県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>上記のとおり、届出します。</p> <p>届出者 住所</p> <p>被保険者との続柄 氏名 () ㊞</p> <p>連絡先電話番号</p>													

※担当者確認欄

受付	入力	広域確認