

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 險 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)						
	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)						
	施設等	名 称	* 異動前の住所が施設等の場合、以下も記入してください。				退 所 年 月 日		
							年 月 日		
	岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日								
上記のとおり、届出します。 届 出 者 住 所									
被保険者との続柄 氏 名 ()					印				
連絡先電話番号									

※担当者確認欄

受付	入力	広域確認