

県外の福祉施設等に入所し、かつ住所を当該施設等所在地に移す場合などに必要な届書です。
他県の入所施設等に住所を移しても、岡山県の後期高齢者制度に継続して加入することになります。

記入例

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	0	1	2	3	4	5	6	7	異動年月日	適用・変更・終了		
	個人番号	XXXXXXXXXXXX									令和 2 年 4 月 1 日		
	フリガナ	コウイキ ハナコ											
	氏名	広域花子								生年月日	昭和 9 年 5 月 1 日		
	性別	男・女		世帯主との続柄（異動後）							本人		
異動後情報	世帯主	フリガナ	コウイキ ハナコ							男	個人番号	XXXXXXXXXXXX	
		氏名	広域花子							女		1 日	
	現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 香川県〇〇市〇〇町×××番地 (居宅・施設)											
	施設等	名称	△△△養護老人ホーム							入所年月日	令和 2 年 4 月 1 日		
	*異動後の住所が施設等の場合、以下も記入してください。												
異動前情報	従前の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町×××番地 (居宅・施設)											
	施設等	名称								退所年月日	平成 年 月 日		
	*異動前の住所が施設等の場合、以下も記入してください。												

異動先の市町村へ続柄と世帯員の有無の確認をし、余白に確認事項を記入

異動年月日と入所年月日は基本的には同日となります。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 2 年 4 月 1 日

上記のとおり、届出します。

届出者の人が記入してください。

届出者 住所 香川県〇〇市〇〇〇町×××

被保険者との続柄
(子)

氏名 広域 一郎



連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇