

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										令和	年	月	日
	フリガナ									令和	年	月	日	
	氏名									生年月日	年	月	日	
	世帯主との続柄(異動後)													
異動後情報	世帯主	フリガナ								個人番号				
		氏名								生年月日	年	月	日	
	現住所		〒							(居宅・施設)				
	施設等		*異動後の住所が施設等の場合、以下も記入してください。											
		名称						入所年月日						
								令和	年	月	日			
異動前情報	従前の住所		〒							(居宅・施設)				
	施設等		*異動前の住所が施設等の場合、以下も記入してください。											
			名称						退所年月日					
								令和	年	月	日			
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様														
											令和	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		
											()			
											連絡先電話番号			

※担当者確認欄

受付	入力	広域確認