

後期高齢者医療住所地特例（適用・変更・終了）届書

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出します。

届出年月日	平成 年 月 日		
届出人氏名	①	本人との関係	
届出人住所	〒 - 電話番号 () -		

※届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
			性 別	男 ・ 女

世 帯 主	フリガナ		続 柄	
	氏 名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
			性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 - 電話番号 () -		
	※異動前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	平成 年 月 日	

異 動 後 情 報	現住所	〒 - 電話番号 () -		
	※異動後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	平成 年 月 日	