

様式第6号（第5条関係）

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

| | | | | | | | | |
|---|--|----------|----|----|-------|---|-------|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | 市町村名 | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 年 | 月 | 日生 | |
| 異 動 前 情 報 | 従前の住所 | 〒 ー | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | | |
| | *異動前の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 | | | | | | | |
| 異 動 後 情 報 | 現住所 | 〒 ー | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | | |
| | *異動後の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 | | | | | | | |
| 届出事由 | <ul style="list-style-type: none"> ・転出により施設等に入所 ・住所異動に伴い入所施設等変更 ・住所異動に伴い施設等から退所 ・死亡による資格喪失 | | | | 異動年月日 | | 年 月 日 | |
| | ※ 日付は住民票の異動があった日を記入すること。 | | | | | | | |
| <p>上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>〒 ー</p> <p>届出者住所</p> <p>届出者氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者との続柄 ()</p> | | | | | | | | |

(記載例) 新規適用の場合

様式第6号 (第5条関係)

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|---|---|-------|-------------|---|---|------|-----|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 市町村名 | 〇〇市 |
| | フリガナ | コウキ タロウ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 後 期 太 郎 | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治(大正)昭和 〇〇年 ××月 △△日生 | | | | | | | | | |
| 異動前情報 | 従前の住所 | 〒 234-5678 △△県□□市2-2 電話番号 123 (456) 7890 | | | | | | | | | |
| | * 異動前の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 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 異動後情報 | 現住所 | 〒 123-4567 〇〇県××市3-3 電話番号 012 (345) 6789 | | | | | | | | | |
| | * 異動後の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。 | | | | | | | | | | |
| | 施設等名称 | 特別養護老人ホーム ×××× | | | | | | | | | |
| | 入所年月日 | 〇〇年 △△月 □□日 | | | | | | | | | |
| 届出事由 | ・(転出)により施設等へ入所 ・住所異動に伴い入所施設等変更 ・住所異動に伴い施設等から退所 ・死亡による資格喪失 | | | | | 異動年月日 | 〇〇年 △△月 □□日 | | | | |
| | ※日付は住民票の異動があった日を記入すること。 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届出します。 | | | | | | | | | | | |
| 〇〇年 △△月 □□日 | | | | | | | | | | | |
| 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て | | | | | | | | | | | |
| 届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市2-2 | | | | | | | | | | | |
| 届出者氏名 後 期 一 郎 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 123 (456) 7890 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者との続柄 (長男) | | | | | | | | | | | |