

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

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	〒 -						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	〒 -						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"> <li>・転出により施設等に入所</li> <li>・住所異動に伴い入所施設等変更</li> <li>・住所異動に伴い施設等から退所</li> <li>・死亡による資格喪失</li> </ul>				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>〒 -</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8号 (第7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 <u>大正</u> 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	・ <u>転出</u> 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 )											