様式第５号（第３条関係）

後期高齢者医療住所地特例適用（変更・終了）届書

※下記の「適用・変更・終了」より該当するものにレ印を付けてください。

□ **適用**（在宅、県内施設→県外施設） □ **変更**（施設→施設） □ **終了**（施設→在宅、県内施設）

提出者等	□本人 □代理人〔　　〕	氏名		電話番号	
		住所			

異動年月日	年　　月　　日

世帯主	氏　名		電話番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男　・　女
	個人番号			

被保険者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ		世帯主との続柄	
	氏　名			
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男　・　女
	住　所	〒		
	保険者番号			
	異動前情報 住所	〒		
	※異動前の住所が施設の場合、以下も記入のこと。			
	異動前情報 施設の名称			
	異動後情報 住所	〒		
	※異動後の住所が施設の場合、以下も記入のこと。			
	異動後情報 施設の名称			

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり住所地特例適用（変更・終了）について届出します。

年　　月　　日　　届出者　氏　名

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	被保険者証等	証交付(未・済)　年　月　日 回収(未・済)　年　月　日 電算処理（未・済）　年　月　日		
	個人番号の確認	□ 個人番号カード・通知カード　□ その他（　　）		
	個人番号の本人確認	□ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ その他（　　）		
	個人番号の代理権確認	□ 委任状　□ 被保険者証　□ その他（　　）		
	備考		入力	確認
			市町村名	