

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	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	電話番号
	<input type="checkbox"/> 代理人〔 〕	<small>（署名又は記名押印）</small>	
		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
	個人番号	日	性別	男・女

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

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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
備考					入力	確認
					市町村名	