

後期高齢者医療住所地特例適用（変更・終了）届書

届出者名						本人との関係						
届出者住所						連絡先電話番号						
被保険者番号						個人番号						
被 保 険 者	フリガナ						性別		男・女			
	氏名						生年月日		大・昭 年 月 日			
	異動後	住所	〒									
		施設名称										
	異動前	住所	〒									
		施設名称										
世 帯 主			☐ 上記被保険者と同じ ※上記被保険者と異なる場合は以下に記載									
	世帯主との続柄						個人番号					
	フリガナ						性別		男・女			
	氏名						生年月日		大・昭・平 年 月 日			
異動年月日		令和 年 月 日										
住特該当区分		☐ 新規適用（他広域の対象施設への転出等） ☐ 変更（他広域内で対象施設から対象施設への転居等） ☐ 終了（他広域の一般住宅や非対象施設への転居等）										
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。 令和 年 月 日												

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	資格確認書等	交付（未・済） 令和 年 月 日（即時・郵送）										
		回収（未・済） 令和 年 月 日										
		電算処理（未・済） 令和 年 月 日										
	備考							入力			確認	
							市町村名					