

後期高齢者医療 住所地特例 適用（変更・終了）届書

※太枠の中をご記入ください

被保険者	被保険者番号										異動事由 及び 年月日	適用・変更・終了		
	個人番号											令和	年	月
	フリガナ										令和	年	月	日
	氏名										生年月日	年	月	日
	世帯主との続柄(異動後)													
異動後情報	世帯主	フリガナ									個人番号			
		氏名									生年月日	年	月	日
	現住所		〒										(居宅・施設)	
	施設等		*異動後の住所が施設等の場合、以下も記入してください。											
	名称									入所年月日				
										令和	年	月	日	
異動前情報	従前の住所		〒										(居宅・施設)	
	施設等		*異動前の住所が施設等の場合、以下も記入してください。											
	名称									退所年月日				
										令和	年	月	日	
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様														
令和 年 月 日														
上記のとおり、届出します。														
届出者 住所														
被保険者との続柄 氏名														
()														
連絡先電話番号														

※担当者確認欄

受付	入力	広域確認