

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		平成	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。						
		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。							
	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。 平成 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）	平成	年	月	日
			回収（未・済）	平成	年	月	日
			電算処理（未・済）	平成	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	