

【記載例】下記の①～⑥の箇所についてご記入いただき、窓口にて届け出てください。

後期高齢者医療住所地特例の適用（変更・終了）に関する届書

滋賀県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり住所地利特例（適用）

\*在宅→病院等：適用      病院等→病院等：変更      病院等→在宅：廃止

① 「適用」に○印をしてください。

② 届書を提出される日付をご記入ください。

届出年月日 令和 2 年 4 月 1 日

※ 申請者（被保険者ご本人）とは別の方が申請書の記入および窓口への届出をされる場合は、記入（届出）される方のお名前・ご住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。

(書類に不備が合った場合などに、連絡させていただくことが有ります。)

電話番号 0749-65-6527

\*届出者が被保険者本人の場合は、届出人住所・電話等日の記載は不要です。

③ 被保険者証に記載されている「被保険者番号（０から始まる８桁の数字）」をご記入ください。

|                  |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |                |                             |             |  |  |
|------------------|-----------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|----------------|-----------------------------|-------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号<br>(8ケタ)       | 0         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 個人番号<br>(12ケタ) | 保険者番号(0から始まる8桁の数字)をご記入ください。 |             |  |  |
|                  | フリガナ                  | ナガハマ タロウ  |   |   |   |   |   |   |   |                | 生年                          | 昭和20年 4月 1日 |  |  |
|                  | ④ 被保険者ご本人のお名前・生年月日・性別 | 氏 名 長浜 太郎 |   |   |   |   |   |   |   |                | 性別                          | 男 ・ 女       |  |  |
|                  |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |                |                             |             |  |  |

\*届出者が被保険者本人で自筆の場合は、押印は不要です。

|     |                |  |  |  |  |  |         |  |    |          |   |   |   |
|-----|----------------|--|--|--|--|--|---------|--|----|----------|---|---|---|
| 世帯主 | 個人番号<br>(12ケタ) |  |  |  |  |  |         |  |    | 生年<br>月日 | 年 | 月 | 日 |
|     | 氏名             |  |  |  |  |  | 世帯主との続柄 |  | 性別 | 男 ・ 女    |   |   |   |
|     |                |  |  |  |  |  |         |  |    |          |   |   |   |

|       |                                                                                        |   |                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------|
| 異動前情報 | ⑤ 元々の住所と電話番号をご記入ください。<br>住所 <span style="color: red;">〒5-2-6-850-1 長浜市八幡東町632番地</span> |   | 電話番号 <span style="color: red;">0749-65-6527</span> |
|       | ＊異動前住所が施設等の場合、以下も記入してください。                                                             |   |                                                    |
| 病院等   | 名 称                                                                                    |   |                                                    |
|       | 退 院 （ 所 ）<br>年 月 日                                                                     | 年 | 月 日                                                |

|       |                                                                           |                                                                                                                |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 異動後情報 | 〒 999-9999                                                                |                                                                                                                |
|       | 現住所 広域県広域市連合一丁目1番1号                                                       |                                                                                                                |
|       | ⑥ 被保険者が新たに転入される住所と電話番号、その住所地の施設名称をご記入ください。<br>*異動後居住地が施設等の場合、以下も記入してください。 |                                                                                                                |
|       | 病院等                                                                       | <div> <div>名 称</div> <div>特別養護老人ホーム 広域ホーム</div> </div> <div> <div>入院（所）</div> <div>令和 2 年 4 月 1 日</div> </div> |

受付 ( )