

様式第6号（第5条関係）

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 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

* 在宅→病院等：適用 病院等→病院等：変更 病院等→在宅：終了

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	〒 電話番号		

* 届出者が被保険者本人の場合は、届出人住所・電話番号の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号 (8ケタ)		個人番号 (12ケタ)	
	フリガナ			生年月日 年 月 日
	氏名			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 (12ケタ)		生年月日 年 月 日
	氏名	世帯主との続柄	性別 男 ・ 女

異動前情報	従前の住所	〒 電話番号		
	* 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) 年 月 日	年 月 日		

異動後情報	現住所	〒 電話番号		
	* 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	名称		
	入院(所) 年 月 日	年 月 日		

受付 ()