

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				

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				