

様式第4号(第3条関係)

後期高齢者医療住所地特例(適用・変更・終了)届書

年 月 日

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届出します。

届出人氏名		本人との 関係	
届出人住所	〒 電話番号 ()		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 電話番号 ()		

世 帯 主	氏名	世帯主との続柄	生年月日	年 月 日
		個人番号	性別	

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 電話番号 ()		
	病院、診療所 又は施設	名称		
		退所年月日	年 月 日	

異 動 後 情 報	現住所	〒 電話番号 ()		
	病院、診療所 又は施設	名称		
		入所年月日	年 月 日	