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