

## 後期高齢者医療住所地特例 該当・非該当届書

届 出 者 名		本人との関係	
連絡先電話番号	(            )		

被 保 険 者 番 号					
被 保 険 者	フリガナ				
	氏 名			男・女	
	個人番号				
	生年月日	明治・大正・昭和      年      月      日			
変 更 後	住 所	(電話番号      -      -      )			
	施 設 等	※住所が施設等の場合、記入してください。			
		名 称			
		入所年月日	年      月      日		
	世 帯 主	氏 名		本人との関係	
		生年月日	明治・大正・昭和・平成      年      月      日		男・女
変 更 前	住 所	(電話番号      -      -      )			
	施 設 等	※住所が施設等の場合、記入してください。			
		名 称			
		退所年月日	年      月      日		

<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: right;">申請者（被保険者） 氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>	
---	--