様式第8号(第6条関係)

後期高齢者医療住所地特例(適用・変更・終了)届書

奈良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→施設等：適用　　施設等→施設等：変更　　施設等→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、届出者住所・電話番号の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号														世帯主との続柄
	個人番号														
	フリガナ									生年月日	年　月　日				
	氏　名														

世帯主	氏　名		世帯主との続柄	生年月日	年　月　日

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。		
	施設等	名　称	
		退所(院)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。		
	施設等	名　称	
		入所(院)年月日	年　月　日