

様式第2号の2（第2条の2関係）

後期高齢者医療住所地特例適用・変更・終了届出書

（宛先）静岡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）について届け出ます。

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名	㊟	本人との関係	
届出人住所	電話番号		

※届出人が被保険者本人の場合、記入不要です。

※「印」…本人の自署の場合は省略できます。

被 保 険 者	被保険者 番号		世帯主から みた関係	
	フリガナ		個人番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女

世 帯 主	フリガナ		個人番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女

※被保険者本人が世帯主の場合、記入不要です。

異 動 前 情 報	従前の住所	〒	電話番号
	（注）異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと		
	施 設	名 称	
		退所（退居） 年月日	年 月 日

異 動 後 情 報	現住所	〒	電話番号
	（注）異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと		
	施 設	名 称	
		入所（入居） 年月日	年 月 日