

(記載例) 新規適用の場合

様式第6号 (第5条関係)

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

被保険者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
	フリガナ	コウキ タロウ									
	氏名	後期 太郎									
	個人番号	123456789012									
	生年月日	明治(大正)昭和 〇〇年 ××月 △△日生									
異動前情報	従前の住所	〒 234-5678 △△県□□市2-2 電話番号 123 (456) 7890									
	* 異動前の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。										
	施設等名称										
	退所年月日	年 月 日									
異動後情報	現住所	〒 123-4567 〇〇県××市3-3 電話番号 012 (345) 6789									
	* 異動後の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。										
	施設等名称	特別養護老人ホーム ××××									
	入所年月日	〇〇年 △△月 □□日									
届出事由	・(転出)により施設等へ入所 ・住所異動に伴い入所施設等変更 ・住所異動に伴い施設等から退所 ・死亡による資格喪失					異動年月日	〇〇年 △△月 □□日				
	※日付は住民票の異動があった日を記入すること。										
上記のとおり届出します。											
〇〇年 △△月 □□日											
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て											
届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市2-2											
届出者氏名 後期 一郎											
電話番号 123 (456) 7890											
被保険者との続柄 (長男)											

(記載例) 死亡の場合

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

被保険者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
	フリガナ	コウキ タロウ									
	氏名	後 期 太 郎									
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
	生年月日	明治 <u>大正</u> 昭和 〇〇 年 ××月 △△日生									
異動前情報	従前の住所	〒 123-4567 〇〇県××市3-3 電話番号 012 (345) 6789									
	*異動前の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。										
	施設等名称	特別養護老人ホーム ××××									
	退所年月日	〇〇年 △△月 □□日									
異動後情報	現住所	〒 電話番号									
	*異動後の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。										
	施設等名称										
	入所年月日	年 月 日									
届出事由	・転出により施設等へ入所 ・住所異動に伴い入所施設等変更 ・住所異動に伴い施設等から退所 ・ <u>死亡</u> による資格喪失					異動年月日	〇〇年 △△月 □□日				
	※日付は住民票の異動があった日を記入すること。										
上記のとおり届出します。 〇〇年 △△月 □□日 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て 届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市2-2 届出者氏名 後 期 一 郎 電話番号 123 (456) 7890 被保険者との続柄 (長男)											

(記載例) 入所施設等変更の場合

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

被保険者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市	
	フリガナ	コウキ タロウ										
	氏名	後 期 太 郎										
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2										
	生年月日	明治 <u>大正</u> 昭和 〇〇年 ××月 △△日生										
異動前情報	従前の住所	〒 123-4567 〇〇県××市3-3 電話番号 012 (345) 6789										
	* 異動前の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。											
	施設等名称	特別養護老人ホーム ××××										
	退所年月日	〇〇年 △△月 □□日										
異動後情報	現住所	〒 234-5678 ××県□□市1-1 電話番号 123 (456) 7890										
	* 異動後の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。											
	施設等名称	ケアハウス 〇〇〇〇										
	入所年月日	〇〇年 △△月 □□日										
届出事由	<ul style="list-style-type: none"> ・転出により施設等へ入所 ・<u>住所</u>異動に伴い入所施設等変更 ・住所異動に伴い施設等から退所 ・死亡による資格喪失 							異動年月日	〇〇年 △△月 □□日			
	※日付は住民票の異動があった日を記入すること。											
上記のとおり届出します。												
〇〇年 △△月 □□日												
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て												
届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市2-2												
届出者氏名 後 期 一 郎												
電話番号 123 (456) 7890												
被保険者との続柄 (長男)												

(記載例) 入所施設等退所の場合

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

被 保 険 者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
	フリガナ	コウキ タロウ									
	氏名	後 期 太 郎									
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
	生年月日	明治 <u>大正</u> 昭和 〇〇 年 ××月 △△日生									
異 動 前 情 報	従前の住所	〒 123-4567 〇〇県××市3-3 電話番号 012 (345) 6789									
	* 異動前の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。										
	施設等名称	特別養護老人ホーム ××××									
	退所年月日	〇〇年 △△月 □□日									
異 動 後 情 報	現住所	〒 234-5678 ××県△△市2-2 電話番号 234 (567) 8901									
	* 異動後の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。										
	施設等名称										
	入所年月日	年 月 日									
届 出 事 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転出により施設等へ入所 ・ 住所異動に伴い入所施設等変更 ・ <u>住所</u>異動に伴い施設等から退所 ・ 死亡による資格喪失 	異動年月日	〇〇年 △△月 □□日								
		※日付は住民票の異動があった日を記入すること。									
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">〇〇年 △△月 □□日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p style="text-align: right;">届出者住所 〒 234-5678 △△県□□市2-2</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 後 期 一 郎</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 123 (456) 7890</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄 (長男)</p>											