

様式第4号（第4条関係）

後期高齢者医療住所地特例（適用・変更・終了）届書

（宛先）石川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）について届出します。

届出年月日	令和 年 月 日		
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 - 電話番号（ ） -		

※届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏名	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	
		性別	男 ・ 女	

世 帯 主	フリガナ			
	氏名	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	
		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、以下も記入のこと			
	施設等	名称		
	退所年月日	年 月 日		

異 動 後 情 報	現住所	〒 - 電話番号（ ） -		
	※異動後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		

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 () 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ()	