

## 第4号様式（第4条関係）

## 後期高齢者医療住所地特例開始（変更、終了）届書

（宛先）京都府後期高齢者医療広域連合長

次のとおり住所地特例 ☐ 開始 ☐ 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		被保険者との関係	
届出人住所		電話番号	

世帯主	個 人 番 号		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	

※ 住所地特例開始・変更の届出で、被保険者が世帯主でない場合のみ、世帯主欄の記載が必要です。

被 保 険 者 番 号			
被保険者	個 人 番 号		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	世帯主との続柄

異動前	従 前 の 住 所	電話番号	
	※ 従前の住所が施設の場合は、以下も記入してください。		
	施設等の名称		
	退 所 年 月 日	年 月 日	

異動後	現 住 所	電話番号	
	※ 現住所が施設の場合は、以下も記入してください。		
	施設等の名称		
	入 所 年 月 日	年 月 日	