

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 について届け出ます。  
 終了

		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	