

様式第6号（第5条関係）

後期高齢者医療住所地特例適用（変更・終了）届書									
被 保 険 者 番 号								適用・変更 ・終了年月日	年 月 日
世 帯 主	氏 名	男・女							
	生年月日	年 月 日							
被 保 険 者	氏 名								
	住 所								
	世帯主と の続柄								
病 院 施 設	所 在 地								
	名 称								
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり関係書類を添えて届出します。 年 月 日 届出者 住所 氏名 電話									

※ 住所地特例適用終了時には、「病院 施設」欄の記入は不要です。