

様式第3号（第4条関係）

病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届書

年 月 日

（宛先）山梨県後期高齢者医療広域連合長

届出者名		被保険者 との関係	
届出者住所			
連絡先 （電話番号）			

下記のとおり、届出いたします。

高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項の（該当・非該当）			
被保険者番号			
個人番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		
	措置等の保険者		
入所又は入所 中の病院等	名称	電話番号（ ）	
	所在地		