

後期高齢者医療の送付先変更届出書（新規・変更・廃止）

被 保 険 者 本 人	被保険者番号		対象書類		□すべて	
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 資格(資格確認書, 基準収入等) <input type="checkbox"/> 賦課(保険料額決定通知書, 簡易申告書等) <input type="checkbox"/> 収納(納入通知書, 納付書, 督促状等)		<input type="checkbox"/> 給付(高額医療費申請書, 支給決定通知等) <input type="checkbox"/> 医療費通知 *給付に含まれるが、個別に設定可 <input type="checkbox"/> 後発薬品 *給付に含まれるが、個別に設定可	
	氏名		生年月日	明・大・昭 .	性別	男・女
	住所					

送 付 先	変更後送付先	〒	電話番号() - []	方
	変更前送付先	〒	方	
あて先 本人・本人以外[氏名 ・被保険者との関係]				

送付先変更の理由 (具体的に記入ください)	<input type="checkbox"/> 死亡後送付先 <input type="checkbox"/> 後見人送付先(要添付書類)
--------------------------	------------------------------------------------------------------------

対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
------	---------------------

市区町村長 殿
 上記のとおり届出いたします。
 (届出日) 令和 年 月 日

届出人	住所	電話番号 ()
	*住所・電話番号は、被保険者および送付先のあて先と異なる者が届出する場合に記載	
	氏名	被保険者との関係 本人・本人以外()

委任状	本人以外が届出する場合(死亡後送付先、後見人送付先を除く)は、 <u>被保険者本人が委任状を記入</u> してください。 <input type="checkbox"/> 別添委任状 <input type="checkbox"/> 届出欄記入 (委任日) 令和 年 月 日 私は、_____を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる送付先設定の申請について委任します。 委任者(被保険者) _____
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※注意 送付先の変更については、被保険者の方が別の市町村に転出した場合は、転出先の市町村において再度届出が必要となりますのでご注意ください。

届出人本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
送付先住所確認	<input type="checkbox"/> 届出人本人確認書類 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
収受印	