

後期高齢者医療送付先変更届

* 該当する箇所の□に✓を付けて下さい

被 保 険 者	氏名		被保険者 番号			
			生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	住所					
送 付 先	住所	(〒 -)				
	フリガナ					
	氏名					
	電話番号		続柄			
対 象	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係すべて <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係の一部 《 <input type="checkbox"/> 資格(保険証など) <input type="checkbox"/> 給付(高額療養費支給申請書など) <input type="checkbox"/> 賦課(納付書など) 》					
	理 由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 書類管理等ができないため <input type="checkbox"/> 入院や介護施設入所等で現住所に居住していないため <input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 送付先を変更したいため <input type="checkbox"/> 送付先の住所が変更になったため <input type="checkbox"/> その他()						
<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなったため(理由:) <input type="checkbox"/> 被保険者の住民登録地に送付先を戻すため <input type="checkbox"/> その他()						
届 出 者	(あて先) 藤岡市長					
	令和 年 月 日					
	住所 _____					
	氏名 _____ 被保険者からみた続柄()					
電話番号 _____						