

記載例

高齢者医療被保険者証等送付先変更届出書

令和 * 年 4 月 1 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

フリガナ	コウイキ ハナコ	被保険者 との続柄	1 本人 2 (子)
届出者氏名	広域 花子		
届出者住所	大分市東春日町17番20号 電話番号 097-534-1771		

後期高齢者医療に関する書類について、下記の通り変更したいので届け出ます。

被保険者番号	0 0 0 1 2 3 * *		
被保険者氏名	広域 太郎	生年月日	M・T S 5 年 2 月 1 日
変更内容	1. 新規 2. 変更 3. 終了		
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 親の介護のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> その他()		
変更を希望する帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票	・被保険者証 ・限度額適用・標準負担額減額認定証 ・特定疾病療養受療証 等	
	<input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理帳票	・保険料額決定通知 ・保険料減免決定通知 等	
	<input checked="" type="checkbox"/> 収納管理帳票	・保険料徴収猶予通知 等	
	<input checked="" type="checkbox"/> 給付管理帳票	・給付支給決定通知 ・医療費通知 ・ジェネリック医薬品のお知らせ 等	

「新規」「変更」を選択した場合のみ下記にご記入ください。(終了の場合は記載不要)

送付先	宛先	〒 8 7 0 - 0 0 3 7 大分 都道府県
		大分市東春日町17番20号
		【方書】 広域 花子 方
	フリガナ	コウイキ タロウ
氏名	広域 太郎	
電話番号	097-534-1771	1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4
備考		

注. 今回届出いただいた送付先の設定を変更または終了する場合は、市町村窓口で再度送付先変更等届出書の提出をお願いいたします。