

後期高齢者医療に関する通知の送付先変更申請書

届者名		本人との関係	
住所			
連絡先電話番号			

被保険者番号	後期高齢者医療					
(不明な場合は記載不要)						

(対象者)	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
	住所	三重県				

変更理由等	<input type="checkbox"/> 一時的に住民登録地と異なる住所に居住しており通知が届かないため <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 送付先変更を取り消す ※送付先住所は記入不要					
-------	--	--	--	--	--	--

変更期間	令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 内容の変更があるまで
------	------------	--

変更文書	<input type="checkbox"/> 後期高齢者全般 <input type="checkbox"/> 資格・給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係					
------	--	--	--	--	--	--

送付先住所	〒 (様方)					
-------	---------	--	--	--	--	--

連絡先電話番号						
---------	--	--	--	--	--	--

(宛て先)
 三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、現在受けている制度に関する通知文書の送付先の変更を申請します。
 なお、この内容に変更のあった場合は速やかに届出します。

令和 年 月 日
 申請者 氏名
 (被保険者)

※被保険者が死亡されている場合は、申請者は相続人。
 ※送付先の申請のあった時点での適用を受けている制度の送付先の変更に限る。
 申請後に資格取得・認定を受けた制度に関しては改めて申請が必要。

市町確認欄							
受付者	本人確認	備考	入 力			確認	
	運転免許証 個人番号カード 保険証	<input type="checkbox"/> 代筆	標準		/		
	介護保険証 その他()		市町		/		

後期高齢者医療に関する通知の送付先変更申請書

届者名	桑名 太郎	本人との関係	本人
住所	桑名市中央町二丁目〇〇番地		
連絡先電話番号	〇〇〇〇-△△-□□□□		

被保険者番号	後期高齢者医療						
(不明な場合は記載不要)	1	1	1	1	1	1	1

(対象者)	フリガナ	クワナ タロウ						
	氏名	桑名 太郎						
	生年月日	明治・大正・昭和	〇〇	年	□□	月	△△	日
	住所	三重県 桑名市中央町二丁目〇〇番地						

変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 一時的に住民登録地と異なる住所に居住しており通知が届かないため 郵送の場合は、最短で申請書が到着した日からとなります。 消す ※送付先住所は記入不要						
------	--	--	--	--	--	--	--

変更期間	令和 〇〇 年 △△ 月 □□ 日から	□□ 年 □□ 月 □□ 日まで	<input checked="" type="checkbox"/> 内容の変更があるまで
------	---------------------	------------------	--

変更文書	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者全般 <input type="checkbox"/> 資格・給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係		
------	---	--	--

送付先住所	〒 △△△-□□□□ 愛知県名古屋市〇〇区△△町〇番□□ (長島 一郎 様方)		
-------	--	--	--

連絡先電話番号	〇〇〇〇-△△-□□□□		
---------	--------------	--	--

(宛て先)
 三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、現在受けている制度に関する通知文書の送付先の変更を申請します。
 なお、この内容に変更のあった場合は速やかに届出します。

令和 〇〇 年 △△ 月 □□ 日
 申請者 氏名 桑名 太郎
 (被保険者)

※被保険者が死亡されている場合は、申請者は相続人。
 ※送付先の申請のあった時点での適用を受けている制度の送付先の変更に限る。
 申請後に資格取得・認定を受けた制度に関しては改めて申請が必要。

市町確認欄							
受付者	本人確認	備考	入 力			確認	
	運転免許証 個人番号カード 保険証	□代筆	標準		/		
	介護保険証 その他()		市町		/		