

後期高齢者医療送付先変更届(□新規 □変更 □解除)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                        |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------|-----------|----------------------|-----|-----|--|--|--|-----|--|--|--|----------|--|-----|--|
| 被保険者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 被保険者番号        |                                        |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (フリガナ)<br>氏 名 |                                        | 生年<br>月 日 | □明治 □大正 □昭和<br>年 月 日 |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住 所           | 〒 -                                    |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
| 送付先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (フリガナ)<br>氏 名 | (18 字以内)                               | Tel       |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住 所           | (40 字以内)                               |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 被保険者との関係      |                                        |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 理 由           |                                        |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
| 種 別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | □全部／□一部(□資格 □賦課 □徴収 □給付 □医療費通知 □後発医薬品) |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
| <p>富山県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>上記のとおり、被保険者にかかる後期高齢者医療関係書類を送付先に送付いただきますよう届出ます。<br/>また、変更後の住所に郵便物が届かない場合や連絡がつかない場合は解除されることを了承します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>※申請者と届け出される方が異なる場合は次の欄もご記入ください。</p> <table><tr><td rowspan="3">届出者</td><td>氏 名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>被保険者との関係</td><td></td><td>Tel</td><td></td></tr></table> |               |                                        |           |                      | 届出者 | 氏 名 |  |  |  | 住 所 |  |  |  | 被保険者との関係 |  | Tel |  |
| 届出者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏 名           |                                        |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住 所           |                                        |           |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 被保険者との関係      |                                        | Tel       |                      |     |     |  |  |  |     |  |  |  |          |  |     |  |

※以下の欄は記入しないでください。

|             |                |                               |                                                                                                    |
|-------------|----------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 処<br>理<br>欄 | 本人<br>確認<br>書類 | 1 点<br>書類                     | □個人番号カード □運転免許証 □運転経歴証明書(H24. 4. 1 以降) □パスポート<br>□障害者手帳等 □在留カード等 □顔写真付きの官公署が発行した身分証明書等<br>□その他 ( ) |
|             |                | 2 点<br>書類                     | □資格確認書 □介護被保険者証 □年金手帳・証書 □官公署が発行した身分証明書等<br>□その他 ( )                                               |
|             |                |                               | ※2 点書類の場合は「漢字氏名」及び「生年月日」又は「住所」が記載されているものに限る。                                                       |
|             | 代 理 人          | □委任状 (任意代理人) □登記事項証明書 (法定代理人) |                                                                                                    |
| 備 考         |                |                               |                                                                                                    |

|        |         |
|--------|---------|
| 市町村受付印 | 広域連合受付印 |
|        |         |