

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) 氏 名		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	住 所	〒 -		
送 付 先	(フリガナ) 氏 名		TEL	
	住 所	〒 - (40字以内)		
	被保険者との関係			
	理 由			
種 別		<input type="checkbox"/> 全部 / <input type="checkbox"/> 一部 (<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 徴収 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品)		

富山県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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。
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。

令和 年 月 日

申請者 氏 名

※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。

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 理 欄	受 付 方 法	<input type="checkbox"/> 窓口 (要本人確認) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	本 人 確 認 書 類	1 点 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 () <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住基カード (写真有) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 (写真確認可) <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証 (写真有)			
		複 数 書 類	①	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード (写真無) <input type="checkbox"/> その他 ()		
			②	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書 (写真有) <input type="checkbox"/> その他 (所属 課 氏名 知人・聞取り)		
	※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要					
備 考	<input type="checkbox"/> 戸籍確認 <input type="checkbox"/> 死亡 (本人確認不要)	市町村受付印		広域連合受付印		