

後期高齢者医療制度関係書類 送付先登録申請書

申請者 住 所

氏 名 (続柄)

電話番号 ☎ () -

以下のとおり、送付先の (登録 ・ 変更 ・ 解除) を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
送 付 先	送付先住所	〒 -
	連 絡 先	☎ () -
	送付先宛名	(フリガナ) 氏 名 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の氏名宛に送付する <input type="checkbox"/> 被保険者の氏名を記載しないで送付する
申 請 理 由	該当箇所に☑をして下さい	<input type="checkbox"/> 送付先に本人が滞在している。 <input type="checkbox"/> 本人が受け取れる状態でなく、被保険者を扶養している。 <input type="checkbox"/> その他 (具体的にご記入ください) []
添 付 書 類		申請者が被保険者本人の場合…本人確認に関する書類の写し 代理人による申請の場合…代理人の本人確認に関する書類の写し 及び委任状 ※委任状がない場合は、被保険者との関係を証する書面 (例 : 戸籍謄(抄)本等) 送付先が申請者の住所地以外の場合…施設の入所(院)証明書等

※送付先に変更が生じた場合、または住所地以外への送付が不要になった場合は、速やかに届け出てください。

※この送付先に送付することで配達できない等の不都合が生じた場合は、通知の上、送付先登録を解除させていただくことがあります。

(市処理欄)

処理日	/	内容確認		AD 入力	/	標準シス テム入力	/	入力確認	
-----	---	------	--	----------	---	--------------	---	------	--