

後期高齢者医療送付先届出書

福井県後期高齢者医療広域連合 様
長 様

次のとおり、送付先を（ 登録 ・ 変更 ・ 解除 ）します。

内 容			送 付 先			届出期間	
<input type="checkbox"/>	1 保険証 資格に関する 帳票	①保険証 ②限度額適用・標準 負担額減額認定証 等	住所	〒		年 月 日 ～ 年 月 日	
			宛名	フリガナ	TEL		
<input type="checkbox"/>	2 納付通知 賦課・収納に 関する帳票	①賦課決定通知書 兼納入通知書 ②還付請求書 等	住所	〒		年 月 日 ～ 年 月 日	
			宛名	フリガナ	TEL		
<input type="checkbox"/>	3 給付通知 給付に関する 帳票	①高額療養費支給 決定通知書 ②医療費通知 等	住所	〒		年 月 日 ～ 年 月 日	
			宛名	フリガナ	TEL		
<input type="checkbox"/>	4 上記通知すべて		住所	〒		年 月 日 ～ 年 月 日	
			宛名	フリガナ	TEL		

届 出 の 理 由

申 請 者	被保険者 番号									フリガナ 氏 名	
	住 所	〒									

届 出 者	届 出 日	年 月 日					
	氏 名				本人との関係		
	住 所	〒					電話番号

- (注意) 1. この届出書は、後期高齢者医療被保険者とその家族、送付先名義人と十分協議のうえ、提出してください。
2. この届出は、書類の送付先を変えるものであり、住民票等の内容を変更するものではありません。住民票の住所が本来の住所であるため、転居されている方で特別な理由が無い方は、住民票の住所を変更してください。