

<記載例>

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長 様
長 様

該当する届出に“○”を付けてください。
登録：新規に送付先を変更
変更：登録済みの内容を変更
解除：登録内容を取消（住民票の宛名に戻す）

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	住所	〒	年 月 日 ～ 年 月 日
		②限度額適用・標準 負担額減額認定証 等	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	住所	〒	年 月 日 ～ 年 月 日
		②還付請求書	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	住所	〒	年 月 日 ～ 年 月 日
		②医療費通知	宛名	フリガナ TEL	
<input type="checkbox"/>	4 上記通知すべて		住所	〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	令和XX年 X月 X日 ～ 年 月 日
			宛名	フリガナ 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 TEL XXXX- XX-XXXX	

届 出 の 理 由	〇〇〇〇〇〇〇〇のため。
-----------	--------------

申 請 者	被保険者 番号	XXXXXXXXXX	氏 名	〇〇 〇〇
	住 所	〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	電話番号	XXXX-XX-XXXX

届 出 者	届 出 日	令和XX年 X月 X日
	氏 名	〇〇 〇〇 本人との関係 〇
	住 所	〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 XXXX-XX-XXXX

(注意) 1. この届出が省略できます。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。