

# 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

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	〒		平成 年 月 日 ~ 平成 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	〒		平成 年 月 日 ~ 平成 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	〒		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
			宛名	フリガナ	TEL	
<input type="checkbox"/>	4 上記通知すべて		住所	〒		平成 年 月 日 ~ 平成 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	
	住所	〒									氏名
電話番号											

届出者	届出日	平成 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。