

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  
 ○○市(町)長 様

該当する届出に“○”  
 を付けてください。

送付してほしい住所、宛名、連絡先電  
 話番号を記入してください。

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 checked="" 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 ○○県○○市○○ ××-×× フリガナ ○○○○ ○○○○ ○○ ○○ TEL ××××- ××-××××	
<input type="checkbox"/>	2 納付通知 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 〒	日
		②還付請求書	宛名 フリガナ	
<input type="checkbox"/>	3 給付通知 給付する	①高額療養費支給 決定通知書	住所 〒	年 月 日
		②医療費通知	宛 フリガナ	~ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	4 上記通知すべて		住所 〒	年 月 日
			宛 名	~ 年 月 日
届出の理由		○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。		

変更したい通知に“レ”  
 を付けてください。

住民票を動かさずに送付先を変更する理由を記  
 入してください。(必ず記入してください。)

送付先を変更する期間を記入してください。  
 (期限を定めない場合、~までの日付を空欄に  
 してください。)

申 請 者	被保険者 番号	申請者(被保険者)の被保険者番号、氏名、住所、 連絡先電話番号を記入してください。	ナ 名	○○○○ ○○○○ ○○ ○○
	住 所	〒××××-×××× ○○県○○市○○ ××-××	電話番号	××××-×××-××××

届 出 者	届 出 日	××年××月××日	本人との関係	○の○
	氏 名	○○ ○○		
	住 所	〒××××-×××× ○○県○○市○○ ××-××	電話番号	××××-×××-××××

(注意) 1. 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。  
 届出日、届出者の氏名、被保険者との関係、住所、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  
 連絡先電話番号を記入してください。理由が無い方は、住民票の住所を変更してください。  
 (届出者が被保険者本人の場合は省略可能)