

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、送付先の(登録・変更・解除)を届出

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 ②限度額適用・標準 負担額減額認定証 等	住所 〒××××-×××× ○○県○○市○○ ××-×× フリガナ ○○○○ ○○○○ TEL ××××- ○○ ○○ 様方 ××-××××	××年××月××日 ~ ××年××月××日
<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 ②還付請求書	住所 〒 フリガナ 様方	年 月 日 ~ 年 月 日
<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 ②医療費通知	住所 〒 フリガナ 宛 TEL	年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	4 上記通知すべて		住所 〒 フリガナ 宛 TEL 様方	年 月 日 ~ 年 月 日
届出の理由		○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。		

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。)

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。)

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。	フリガナ 名	○○○○ ○○○○ ○○ ○○
住所	住所	〒××××-×××× ○○県○○市○○ ××-××	電話番号	××××-××-××××

届出者	届出日	××年××月××日		
	氏名	○○ ○○	本人との関係	○の○
	住所	〒××××-×××× ○○県○○市○○ ××-××	電話番号	××××-××-××××

- (注意) 1. この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. 届出日、届出者の氏名、被保険者との関係、住所、連絡先電話番号を記入してください。住所や氏名など、届出内容を変更するものではありません。住民票の住所が変更された場合は、住民票の住所を変更してください。
3. (届出者が被保険者本人の場合は同上として省略可能) 届出内容を破棄してしまう場合など、本人氏名を記載したくない特別な事情がある場合は届出の理由にご記入ください。