

後期高齢者医療制度 送付先登録（追加・変更・取消し）申請書

| | | | | | | |
|---|--|-----|---|-------------------------|----------|----------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 氏 名 | 性別 | 生 年 月 日 | 個人番号 | |
| | | | 男 ・ 女 | 明治 大正 昭和 年 月 日 | | |
| 住 所 | 〒 - | | | | | |
| | (アパート・マンション名、室番号等) | | | | 電話 () - | |
| 登 録 事 由 | <input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し | | | | | |
| 送 付 先 | (氏 名) _____ | | | | | |
| 【変更する業務】 <input type="checkbox"/> 資格業務 <input type="checkbox"/> 賦課・収納業務 <input type="checkbox"/> 給付業務 | (住 所) 〒 - | | | | | |
| | _____ (アパート・マンション名、室番号等) | | | | | |
| | _____ 電 話 () - | | | | | |
| 送付先変更理由 | | | | | | |
| 上記のとおり送付先登録申請します。 令和 年 月 日 申請する人 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 (受給者本人) <input type="checkbox"/> 同一世帯員 (続柄:) <input type="checkbox"/> 代 理 人 (続柄:) 氏 名 _____ 住 所 <input type="checkbox"/> 送付先と同じ 〒 - _____ 電 話 () - | | | | | | |
| (あて先)静岡県後期高齢者広域連合長 | | | | | | |
| 代理人の場合 | 私は、上記被保険者の代理人としてこの手続きに関する一切の責任を負います。 氏名 _____ | | | | | |
| 確認書類 | <input type="checkbox"/> 被保険者(受給者)本人 <input type="checkbox"/> 同 一 世 帯 員 <input type="checkbox"/> 代 理 人 | | <input type="checkbox"/> 運転免許証 (No. _____) <input type="checkbox"/> そ の 他 (_____) | | | |
| | 受付 | 資格 | 給付 | 賦課・徴収 広域 島田 OL | 入力 確認 | 令和 年 月 日 |
| 確 認 欄 | | | | | | |

※申請者の身分証明をコピーしたものを同封し返送をお願いいたします。施設に入所されている人の郵便物の送付先を変更する場合は、施設管理者への確認もお願いします。また、郵送先の変更をやめる場合も、取消の届出が必要になります。

(裏面)

送付先登録追加欄

| | |
|---------|---|
| 登録事由 | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し |
| 送付先変更区分 | <input type="checkbox"/> 資格関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険税賦課 <input type="checkbox"/> 保険税徴収 |
| 送付先 | (氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 () - |
| 登録事由 | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し |
| 送付先変更区分 | <input type="checkbox"/> 資格関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険税賦課 <input type="checkbox"/> 保険税徴収 |
| 送付先 | (氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 () - |
| 登録事由 | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し |
| 送付先変更区分 | <input type="checkbox"/> 資格関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険税賦課 <input type="checkbox"/> 保険税徴収 |
| 送付先 | (氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 () - |