

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
福 井 市 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	
☐	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	〒		令和	年 月 日
			宛 名	フリガナ	TEL	令和	年 月 日
☐	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	〒		令和	年 月 日
			宛 名	フリガナ	TEL	令和	年 月 日
☐	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	〒		令和	年 月 日
			宛 名	フリガナ	TEL	令和	年 月 日
☐	4 上記通知すべて		住 所	〒		令和	年 月 日
			宛 名	フリガナ	TEL	令和	年 月 日
届 出 の 理 由							

申 請 者	被 保 険 者 番 号									フ リ ガ ナ		
										氏 名		
	住 所	〒									電話番号	

届 出 者	届 出 日	令和 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。

市 処 理 欄	M C	広 域	その他