

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	
<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	〒		令和 年 月 日 ～ 令和 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	〒		令和 年 月 日 ～ 令和 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	〒		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
			宛 名	フリガナ	TEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	4 上記通知すべて		住 所	〒 910-8511 福井市大手3丁目10番1号 福井 花子 様方		令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日
			宛 名	フリガナ	TEL	0776 - 20 - 5383
届 出 の 理 由		上記の住所で生活しているため				

住所以外の受けたい場所を
記入してください。

申 請 者	被保険者 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	フリガナ	フクイ タロウ	
	住 所	〒 910-0005 福井市大手1丁目1番1号								氏 名	福井 太郎	
											電話番号	090-1234-5678

届 出 者	届 出 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	氏 名	福井 太郎	本人との関係	本人
	住 所	〒 910-8511 福井市大手1丁目1番1号		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