

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更申請書

岡山県後期高齢者医療広域連合長 あて
倉敷市長 あて

申請日 令和 年 月 日

下記のとおり、後期高齢者医療資格確認書等の送付先について申請します。

被保険者		被保険者番号							
フリガナ					生年	明治			
氏名					年月日	大正		年	月
住所	倉敷市				連絡先		— —		
申請区分		1. 新規		2. 変更		3. 解除		(いずれかに○)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 親族が介護するため <input type="checkbox"/> 後見人等 <input type="checkbox"/> 相続人等 <input type="checkbox"/> その他(余白に記入)								
対象物	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する全ての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知(保険料額決定通知書等) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類(高額療養費勧奨・医療費通知等)				有効期間	<input type="checkbox"/> 期限無し(次回申請まで) <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 1回限り			
新送付先									
フリガナ				被保険者との続柄		連絡先			
氏名									
宛先	〒				— —				
現送付先		※ 初めて届出する場合は、記入する必要はありません。							
フリガナ				被保険者との続柄		連絡先			
氏名									
<p>〈注意事項〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 被保険者本人の同意を得た上で、ご申請ください。 ● 申請には、被保険者本人および届出者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)が必要です。被保険者本人の本人確認書類については、被保険者本人の押印または署名があれば省略できます。 ● 送付先人が成年後見人・保佐人・補助人の場合には、証明書(写し可)の添付が必要です。 ● 既に発送準備済みのものは、変更前の住所に送付されることがありますので、ご了承ください。 ● 送付先変更の必要がなくなった場合や、更に送付先を変更する場合は再度申請が必要です。 									

届出者が被保険者および新送付先人の場合は記入不要です

宛先に送付先人の住所以外を書かれた場合は、下記届出者欄へご記入ください

届出者	被保険者 <input type="checkbox"/>	新送付先人 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> → 下記の欄を記入
フリガナ			
氏名			
住所			連絡先
			— —
被保険者本人確認	免 保 介 その他()		
届出人本人確認	免 保 介 その他()		
受付者	() ・ 郵送		

※郵送で提出される場合は、被保険者および届出者の本人確認書類の写しを添付してください。