

年 月 日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所

届 出 者
(記入された方)

氏 名

被保険者との続柄
電話番号

被保険者から依頼を受けた日 (年 月 日)

送 付 先 変 更 届 出 書

後期高齢者医療広域連合からの送付物について、下記のとおり送付先の変更を届出ます。

フリガナ		有効期限を指定する場合	年 月 日 まで			
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日					
設 定 す る 帳 票	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 収納 <input type="checkbox"/> 給付					
変 更 前 送 付 先 住 所	〒 電話番号： — —					
変 更 後 送 付 先 住 所 (施設の場合は施設名まで)	〒 電話番号： — —					
変 更 後 送 付 先 住 所 の 受 取 人			変 更 す る 方 と の 続 柄			
理 由						

※被保険者本人以外の方が届出される場合は、別紙の委任状を添付してください。

※この届出後は、変更後の住所に送付されますので、変更した送付先を更に変更される場合は、再度送付先変更の届出が必要になります。

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 []	受付日 [. .]	受付者名 []・郵送
申請者確認方法 番で確認	①個人番号カード等身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()	

〔広域連合処理欄〕

受付日		業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当	備考 <input type="checkbox"/> 確認
-----	--	------	-----	----	-------	----	-----------------------------------