

後期高齢者医療送付先変更届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
フリガナ			
氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
住所 (施設名及び施設所在地)			

	変更後送付先記入欄 (※現住所に送付先を戻す場合は現住所と記入すること。)	変更前(※現住所以外の場合記入すること。)
変更事項 (該当する□にレ印を記入すること。)	1. 資格関係帳票 <input type="checkbox"/> []	[]
	2. 賦課関係帳票 <input type="checkbox"/> []	[]
	3. 収納関係帳票 <input type="checkbox"/> []	[]
	4. 給付関係帳票 <input type="checkbox"/> []	[]
	5. 減額査定通知 <input type="checkbox"/> []	[]
	6. 医療費通知 <input type="checkbox"/> []	[]
	7. 後発医薬品通知 <input type="checkbox"/> []	[]

通知の有無	医療費通知の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無
※無の場合、データ自体作成しません。ご注意ください。	後発医薬品通知の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無

上記事由開始・終了年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
--------------	---------------

変更理由	
------	--

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、届出します。

年 月 日

氏 名 ㊞

(被保険者本人)

市町村 処理欄	システム 入力年月日	.	.	広域連合 処理欄	広域連合 受付年月日	.	.	システム 確認済	<input type="checkbox"/>
------------	---------------	---	---	-------------	---------------	---	---	-------------	--------------------------