

後期高齢者医療送付先変更（変更 ・ 廃止 ）届出書

受付者	入力者

令和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

《届出者》

住所

氏名

本人との関係（ ）

次により、後期高齢者医療に係る帳票の送付先の変更（変更 ・ 廃止 ）を届け出ます。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号								
	（フリガナ） 氏 名								
	住 所	〒 ー							
	電 話 番 号	（ ） ー							
送 付 先	（フリガナ） 氏 名	本人との関係（ ）							
	住 所	〒 ー							
	電 話 番 号	（ ） ー							
有 効 期 間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日							
送付先を変更(変更廃止)する 帳票(希望するものに○)		全て 資格 賦課 収納 給付 減額査定 医療費 後発							
備 考									