

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 險 者	被保険者番号											
	(フリガナ) 氏名											
	住所	〒	—									
	電話番号	()		—								
送 付 先	(フリガナ) 氏名	本人との関係()										
	住所	〒	—									
	電話番号	()		—								
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												