

【記入例】

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 沖縄県石垣市字真栄里〇〇番地
△△アパート□□□号室

氏名 石垣 次郎

本人との関係 (子)

後期高齢者医療資格確認書に記載
されている番号(8ケタ)をご記入ください。

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	0	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ)氏 名	イシガキ タロウ 石 垣 太 郎							
	住 所	〒 907 - 0002 沖縄県石垣市字真栄里〇〇番地							
	電 話 番 号	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇							
送 付 先	(フリガナ)氏 名	イシガキ ジロウ 石 垣 次 郎 本人との関係 (子)							
	住 所	〒 907 - 0002 沖縄県石垣市字真栄里〇〇番地△△アパート□□□号室							
	電 話 番 号	(〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇							
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									

送付先にしたい方の情報をご記入ください。

送付先変更したいものに○