

【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○○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○○番地							
	電話番号	(○○○○) ○○ - ○○○○							
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○○番地△△アパート□□号室							
	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 試課 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○