

令和 年 月 日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所

届 出 者
(記入された方)

氏 名

被保険者との続柄
電話番号

被保険者から依頼を受けた日 (令和 年 月 日)

送付先変更届出書

後期高齢者医療広域連合からの送付物について、下記のとおり送付先の変更を届出ます。

フリガナ		有効期限を 指定する場合	令和 年 月 日まで
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
設定する帳票	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 収納 <input type="checkbox"/> 給付		
変更前送付先住所	〒 電話番号: - -		
変更後送付先住所 (施設の場合は施設名まで)	〒 電話番号: - -		
変更後送付先住所の 受取人		変更する方 との続柄	
理 由			

※被保険者本人以外の方が届出される場合は、別紙の委任状を添付してください。

※この届出後は、変更後の住所に送付されますので、変更した送付先を更に変更される場合は、再度送付先変更の届出が必要になります。

[市町記入欄]

市町(支所)名 [唐津市]	受付日 [. .]	受付者名 []・郵送
申請者確認方法 番で確認	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()	

[広域連合処理欄]

受付日		業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当	備考 <input type="checkbox"/> 確認
-----	--	------	-----	----	-------	----	-----------------------------------