

後期高齢者医療関係書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、後期高齢者医療関係書類の送付先の(□登録/□変更/□終了)を申請(届出)します。

なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないことを確約します。

また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請・届出します。

申請(届出) 年 月 日	年 月 日	申請者等 確認書類	書類名:免(経)・マイ・パ・障・保・介・ 資格確認書・その他()
申請者等 氏 名		被保険者との 続 柄	☐ 被保険者本人
申請者住所 (届出者住所)	☐ 被保険者住所と同じ		
	電話番号 () -		
申請(届出) の理由	☐ 書類管理ができないため ☐ 本人死亡のため ☐ 入院・入所中のため ☐ その他()		
開 始 日	☐ 申請日から ☐ 年 月 日から		※遡及不可
終 了 日	☐ 年 月 日まで ☐ 送付先変更申請(終了届出)があるまで		
書類区分 (□にレ印をして ください)	☐ 後期高齢者医療に関するすべての書類		
	※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。 ☐ 資格管理帳票 ☐ 賦課管理帳票 ☐ 収納管理帳票 ☐ 給付管理帳票		

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ								生年月日	明治・大正・昭和・(西暦) 年 月 日
	氏 名									
	住 所	☐ 被保険者住所と同じ								
		電話番号 () -								

変 更 送 付 先	フリガナ		
	氏 名	被保険者に同じ	
	住 所	☐ 申請者住所と同じ(申請者様方) <u>様方</u> 電話番号 () - (その他施設名等)	

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	受付者		
意 思 確 認 欄 被 保 険 者 の	☐ 委任状 ☐ 電話確認 ☐ その他(書類確認等) ☐ 意思確認不能 (確認者:) ～その他確認書類名又は意思確認不能理由等～		登録お知らせ 通知差止チェック	☐
	理由等(送付すべきでない特別な理由がある場合のみ通知を差し止めます。)			