

後期高齢者医療送付先変更届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	
被保険者番号			
フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和 年 月 日		
住所 (施設名及び施設所在地)			
	変更後送付先記入欄 (※現住所に送付先を戻す場合は現住所と記入すること。)	変更前(※現住所以外の場合記入すること。)	
変更事項 (該当する□にレ印を記入すること。)	1. 資格関係帳票 □ [干] 2. 賦課関係帳票 □ [] 3. 収納関係帳票 □ [] 4. 給付関係帳票 □ [] 5. 減額査定通知 □ [] 6. 医療費通知 □ [] 7. 後発医薬品通知 □ []	[] [] [] [] [] [] []	
通知の有無 ※無の場合、データ自作作成 しません。ご注意ください。	医療費通知の有無 □ 有 ・ 無 後発医薬品通知の有無 □ 有 ・ 無		
上記事由開始・終了年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
変更理由			
徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿 上記のとおり、届出します。 令和 年 月 日			

市町村 処理欄	システム 入力年月日	.	.	広域連合 処理欄	広域連合 受付年月日	.	.	システム 確認済	☐
------------	---------------	---	---	-------------	---------------	---	---	-------------	--------------------------