

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)	藍住町		
	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 <input type="checkbox"/> [] 2. 賦課関係帳票 <input type="checkbox"/> [] 3. 収納関係帳票 <input type="checkbox"/> [] 4. 給付関係帳票 <input type="checkbox"/> [] 5. 減額査定通知 <input type="checkbox"/> [] 6. 医療費通知 <input type="checkbox"/> [] 7. 後発医薬品通知 <input type="checkbox"/> []	[]	[]
通知の有無 ※無の場合、データ自体作成しません。ご注意ください。	医療費通知の有無	<input type="checkbox"/>	有・無
	後発医薬品通知の有無	<input type="checkbox"/>	有・無
上記事由開始・終了年月日	年 月 日 ～ 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	<input type="checkbox"/>
------------	---------------	--	-------------	---------------	---	---	-------------	--------------------------

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 資格確認書	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	