

# 後期高齢者医療 被保険者証等送付先変更申請書

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合長  
 \_\_\_\_\_市町村長

次のとおり、後期高齢者医療にかかる関係書類の送付先について、住民票住所ではなく、下記住所に変更するよう申請します。  
 なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。  
 また、市(町村)外に住所変更した場合は、この申請が解除されることに同意します。

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

被 保 険 者  (申 請 者)	被保険者番号											
	氏 名						生年月日	明・大・昭 _____年 _____月 _____日				
	住民票上の住所	【方書】										
送 付 先	宛 先	〒					-					都道 府県
		【方書】										
	フリガナ 氏 名											【被保険者との続柄】 1 本人 2
	電話番号											1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4
変更理由												
解除理由等												
申請が被保険者 以外の場合	氏 名						印	(被保険者との続柄)				
	住 所											
	電話番号	-					-					

※ タワクの必要な部分だけ記入してください(被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません)。

-----  
 市区町村処理欄

送付先変更書類(該当する番号に○を記入)

	帳 票 グループ	変 更 入 力
1	全 て	広域端末、市町村端末
2	資格管理帳票(被保険者証など)	広域端末
3	賦課・収納管理帳票(簡易申告書など)	
4	給付管理帳票(高額療養費関係など)	
5	保険料関係通知書等	市町村端末

本人確認書類

(被保険者証持参・身分証明書・ \_\_\_\_\_)

受 付	端 末 入 力		受 付 責 任 者
	広域端末	市町村端末	