

# 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。

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						
送付先	住民票上の住所	【方書】									
	宛先	〒					都道府県				
	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	賦課管理帳票(簡易申告書など)	
4	収納管理帳票	
5	給付管理帳票(高額療養費関係など)	
6	医療費通知	市町村端末
7	保険料関係通知書等	

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	