後期高齢者医療送付先届出書

福井県後期高齢者医療広域連合長　様
長　　様

次のとおり、送付先の（　登録　・　変更　・　解除　）を届出します。

内容			送付先				送付先期間
	帳票の種類	帳票の例					
□	1 資格確認書 資格・保健事業に関する帳票	①資格確認書 ②資格情報のお知らせ ③保健事業のご案内 等	住所	〒			年　月　日 ～ 年　月　日
			宛名	フリガナ 様方	TEL		
□	2 納付通知 保険料に関する帳票	①賦課決定通知書 兼納入通知書 ②還付請求書 等	住所	〒			年　月　日 ～ 年　月　日
			宛名	フリガナ 様方	TEL		
□	3 給付通知 給付に関する帳票	①高額療養費支給 決定通知書 ②医療費通知 等	住所	〒			年　月　日 ～ 年　月　日
			宛名	フリガナ 様方	TEL		
□	4 上記通知すべて		住所	〒			年　月　日 ～ 年　月　日
			宛名	フリガナ 様方	TEL		
届出の理由							

申請者	被保険者番号									フリガナ 氏名	
	住所	〒 電話番号									

届出者	届出日	年　月　日		
	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 電話番号		

（注意）１．この届出書は、後期高齢者医療被保険者とその家族、送付先（宛名）名義人と十分協議のうえ、提出してください。

２．この届出は、書類の送付先を変えるものであり、住民票・資格確認書等の内容を変更するものではありません。住民票の住所が本来の住所であるため、転居されている方で特別な理由が無い方は、住民票の住所を変更してください。

３．送付先（宛名）名義人を「様方」として登録します。本人宛通知を破棄してしまう場合など、本人氏名を記載したくない特別な事情がある場合は届出の理由にご記入ください。