

茨城県後期高齢者医療広域連合長 殿

後期高齢者医療帳票等送付先変更届

下記のとおり、後期高齢者医療に係る帳票等の送付先を変更したいので届け出ます。

1. 現在の送付対象被保険者氏名

フリガナ		被 保 険 者 番 号						
被保険者氏名								

2. 送付先住所

新住所 (変更後)	〒	電話番号 ( )
旧住所 (変更前)	〒	電話番号 ( )

3. 送付先氏名

フリガナ	
送付先氏名	

4. 送付先変更対象帳票及び適用期間

変更対象帳票	<input type="checkbox"/> 資格管理帳票	<input type="checkbox"/> 賦課管理帳票	<input type="checkbox"/> 収納管理帳票
	<input type="checkbox"/> 給付管理帳票	<input type="checkbox"/> 医療費通知	<input type="checkbox"/> 後発医薬品
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		

送付先 変更理由			
届出人	住所		
	氏名	印	対象者との関係

※ 届出人の本人確認資料が必要です。

【 市町村記入欄 】

市町村名	受理状況欄	受 理 日	取 扱 者 印	確 認 者 印
	<input type="checkbox"/> 来 庁 <input type="checkbox"/> その他 ( )	平成 年 月 日		

\* 誤字等の訂正は、二重線等で見え消しのうえ、訂正印をお願いします。

【例】行方太郎(被保険者)の送付先を、行方花子(子)へ変更する場合

平成〇〇年〇〇月〇〇日  
(記入した日)

茨城県後期高齢者医療広域連合長 殿

後期高齢者医療帳票等送付先変更届

下記のとおり、後期高齢者医療に係る帳票等の送付先を変更したいので届け出ます。

1. 現在の送付対象被保険者氏名

フリガナ	ナメガタ タロウ	被 保 険 者 番 号							
被保険者氏名	行 方 太 郎	0	1	2	3	4	5	6	7

2. 送付先住所

新住所 (変更後)	〒777-7777 〇〇県〇〇市〇〇 △△番地	花子(子)の住所・電話番号を記入してください 電話番号〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
旧住所 (変更前)	〒333-3333 行方市□□ ◇◇番地	電話番号◇◇◇◇(◇◇)◇◇◇◇

3. 送付先氏名

フリガナ	ナメガタ ハナコ	太郎の住所・電話番号を記入してください
送付先氏名	行 方 花 子	

4. 送付先変更対象帳票及び適用期間

変更対象帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 収納管理帳票
	<input checked="" type="checkbox"/> 給付管理帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費通知	<input checked="" type="checkbox"/> 後発医薬品
適用期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成 年 月 日まで		

送付先 変更理由	〇〇〇〇〇〇のため				後期高齢者医療に関する書類すべてを送付する場合は、すべてにチェックしてください
届出人	住所	〇〇県〇〇市〇〇 △△番地			
	氏名	行 方 花 子	④ 行方	対象者との関係	子

※ 届出人の本人確認資料が必要です。

朱肉を使用する印鑑で  
押印をお願いします  
(シャチハタ等不可)