

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

令和 年 月 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		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	☐ 資格管理帳票	☐ 賦課管理帳票	☐ 収納管理帳票
	☐ 給付管理帳票	☐ 医療費通知	☐ 後発医薬品
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		

送 付 先 変更理由								
届 出 人	住 所							
	氏 名				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
	☐ 来 庁 ☐ その他 ()	年 月 日		

記入例

令和〇〇年××月△△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	コウキ タロウ	被 保 険 者 番 号						
被保険者氏名	後 期 太 郎	0	1	2	3	4	5	6 7

2. 送付先住所

新 住 所 (変更後)	〒123-4567 〇〇県××市1-1	電話番号012(345)6789
旧 住 所 (変更前)	〒234-5678 △△県□□市2-2	電話番号123(456)7890

3. 送付先氏名

フリガナ	コウキ イチロウ
送付先氏名	後 期 一 郎

4. 送付先変更対象帳票及び適用期間

変更対象帳票	☒ 資格管理帳票	☒ 賦課管理帳票	☒ 収納管理帳票
	☒ 給付管理帳票	☒ 医療費通知	☒ 後発医薬品
適用期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 年 月 日まで		

送 付 先 変更理由	〇〇〇〇〇〇のため		
届 出 人	住 所	〇〇県××市1-1	
	氏 名	後 期 一 郎	対象者との関係 子

※ 届出人の本人確認資料が必要です。

届出人の本人確認資料は、免許証やマイナンバーカードなど、写真付きのもののコピーを添付してください。
写真付きの本人確認資料がない場合には、送付する前に国保年金課にご連絡ください。