

後期高齢者医療 各種通知類等送付先（変更・終了）申請書

(宛先) 甲 府 市 長
山梨県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、後期高齢者医療に関する諸通知の送付先の（変更・終了）を申請いたします。

なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、市町村および広域連合に一切迷惑を掛けないことを確約します。

また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請いたします。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名 (窓口に来た方)	被保険者 との関係	
申請者住所	〒	
	電話番号 ()	
《市町村記入欄》 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明大昭 年 月 日	
	フリガナ				
	氏名				
	住所 (住民登録地)	〒			
		電話番号 ()			

変 更 理 由 等	該当する理由にチェック☑してください <input type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> 送付先に滞在しているため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他 ()	左記の理由により、送付先を変更する書類 (変更するものにチェック☑してください) <input type="checkbox"/> すべての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類 <input type="checkbox"/> 給付に関する書類 <input type="checkbox"/> 賦課に関する書類 <input type="checkbox"/> 収納に関する書類

送付先住所 ※方書まで詳しくご記入ください	〒		
	電話番号 ()		
フリガナ			被 保 険 者 の 関 係
送付先氏名			

※この申請書は、広域連合および市町村から送付する後期高齢者医療保険の通知書類（医療費通知・保険料納入通知書・被保険者証等）の送付先を住民登録地以外へ変更する場合に記入するものです。