

## 後期高齢者医療送付先届

|         |     |              |  |
|---------|-----|--------------|--|
| 届出者名    |     | 被保険者<br>との関係 |  |
| 連絡先電話番号 | ( ) | —            |  |

|                  |      |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号           |      |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和      年      月      日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所  | 市<br>郡                      町     |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 電話番号 | (                      )      —   |  |  |  |  |  |  |  |

各種通知に関する送付先を次の住所としますので届けます。

| 区分                       |    | 送 付 先       |                                                                                                                                              |  |  |  |              |  |  |  |  |  |
|--------------------------|----|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 資格 | 郵便番号        | 〒                                                                                                                                            |  |  |  | —            |  |  |  |  |  |
|                          |    | 住 所         | <div> <div> <div>県</div> <div>(都・道・府)</div> </div> <div>市</div> <div>(区・郡)</div> </div>                                                      |  |  |  |              |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 賦課 |             |                                                                                                                                              |  |  |  |              |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 収納 | 宛 名<br>(方書) | 様方                                                                                                                                           |  |  |  | 被保険者<br>との関係 |  |  |  |  |  |
|                          |    | 電話番号        | ( ) —                                                                                                                                        |  |  |  |              |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 給付 | 送付先<br>変更期間 | <div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div> <div>以降送付分</div> <div>ただし、</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> <div>送付分まで</div> |  |  |  |              |  |  |  |  |  |

区分の該当する□に✓をつけてください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

年      月      日

申請者氏名  
(被保険者)

印