

後期高齢者医療送付先届

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	()	—	

被保険者番号									
被 保 険 者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日				
	住所	市	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	〒				—		
<input type="checkbox"/>	賦課	住所	県				市		
			(都・道・府)				(区・郡)		
<input type="checkbox"/>	収納	宛名 (方書)	様方			被保険者 との関係			
<input type="checkbox"/>	給付	電話番号	()	—					
		送付先 変更期間	年	月	日	以降送付分 ただし、年 月 日 送付分まで			

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)
