

部分を
記入してください。

被保険者本人の
内容で記入

資格確認書などの
後期高齢者医療制
度の資格が確認で
きる書類に記載さ
れている8桁の
「被保険者番号」
を記入

- ・住民票上の住所で記入
- ・電話番号はご本人の番号での記入で
すが、ご本人が電話をお持ちではな
いときは空欄としてください。

登録済みを変更の場合

新規登録の場合

登録済みを取り消す場合

後期高齢者医療 送付先登録 **追加・変更・取消し** 申請書

被保険者	被保険者番号	氏名	性別	生年月日
			男 ・ 女	大正 年 月 日 昭和 年 月 日
住所	〇〇市・町・区 (アパート・マンション名、室番号等)		町丁目	番地 番 号
登録事由	<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し			
帳票管理区分	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理 <input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理 <input checked="" type="checkbox"/> 収納管理 <input checked="" type="checkbox"/> 給付管理			
送付先 (二つ以上登録する 場合は裏面に記載)	(氏名) _____ (住所) 〒 _____			
2つ以上登録 の場合のみ	資格管理…保険証関係 賦課管理…保険料関係 収納管理…保険料の納付関係 給付関係…高額療養費など 特に指定がなければ、すべてを選択			
<input checked="" type="checkbox"/> 裏面あり	送付したい宛先の氏名・住所・電話番号を記入 ※送付時は、「(送付先宛先氏名)様方 (被保険者本人)様」の表記で送付します。 電 話 () -			

上記のとおり送付先登録申請します。

令和 年 月 日

窓口に来た人 氏名

申請者名

- ☐ 被保険者本人
☐ 同一世帯員 (被保険者との続柄)
☒ 代理人 (被保険者との続柄 **子**)

住所 ☒ 送付先と同じ

(アパート・マンション名、室番号等)

電 話 () -

上記「送付先」と同じ住所・電話番号と
同じ内容であれば、「送付先と同じ」の
ところにチェックを入れるだけで結構です。
送付先の住所と別の内容である場合は、
住所・電話番号を記入してください。

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 同 一 世 帯 員 <input type="checkbox"/> 代 理 人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (No.) <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
------	---	---

※「印」…本人の自署の場合は省略できます。

(裏面)

すべての通知を同じ表面の送付先に送付する場合は、記入不要です。
例えば、保険証と保険料関係とをそれぞれ別の宛先に送りたいなどの場合は、裏面にその帳票管理区分と送付先を記入します。

送付先登録追加欄

登 録 事 由	<input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し
帳 票 管 理 区 分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理
送 付 先	(氏 名) _____ (住 所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電 話 () ー
登 録 事 由	<input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し
帳 票 管 理 区 分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理
送 付 先	(氏 名) _____ (住 所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電 話 () ー
登 録 事 由	<input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し
帳 票 管 理 区 分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理
送 付 先	(氏 名) _____ (住 所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電 話 () ー