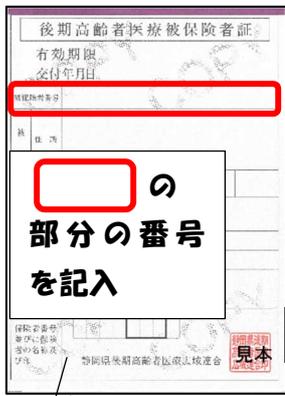


この部分を記入してください。



・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。

被保険者本人の内容で記入

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 昭和 |
| 住所 | 町丁目 | | 番地番 | 号 |
| | 〇〇市・町・区 (アパート・マンション名、室番号等) | | 電話 () | () |
| 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) 2つ以上登録の場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 裏面あり | (氏名) _____ (住所) 〒 _____ 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 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"/> 運転免許証 (No. _____) |
| | <input type="checkbox"/> 同一世帯員 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| | <input type="checkbox"/> 代理人 | |

※「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"/> 給付管理 | <input type="checkbox"/> 賦課管理 | <input type="checkbox"/> 収納管理 |
| 送付先 | (氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 () - | | |
| 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"/> 給付管理 | <input type="checkbox"/> 賦課管理 | <input type="checkbox"/> 収納管理 |
| 送付先 | (氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 () - | | |
| 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"/> 給付管理 | <input type="checkbox"/> 賦課管理 | <input type="checkbox"/> 収納管理 |
| 送付先 | (氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 () - | | |