後期高齢者医療送付先届出書

福井県後期高齢者医療広域連合長　様
越前町長　様

次のとおり、送付先を（　登録　・　変更　・　解除　）します。

内容			送付先			届出期間
□	1 保険証 資格に関する帳票	**①保険証** ②限度額適用・標準負担額減額認定証 等	住所	〒		平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日
			宛名	フリガナ	TEL	
□	2 納付通知 賦課・収納に関する帳票	**①賦課決定通知書兼納入通知書** ②還付請求書 等	住所	〒		平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日
			宛名	フリガナ	TEL	
□	3 給付通知 給付に関する帳票	**①高額療養費支給決定通知書** ②医療費通知 等	住所	〒		平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日
			宛名	フリガナ	TEL	
□	4 上記通知すべて		住所	〒		平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日
			宛名	フリガナ	TEL	
届出の理由						

申請者	被保険者番号									フリガナ		
										氏名		㊞
	住所	〒 電話番号										

届出者	届出日	平成　年　月　日		
	氏名	㊞	本人との関係	
	住所	〒 電話番号		

（注意）１．この届出書は、後期高齢者医療被保険者とその家族、送付先名義人と十分協議のうえ、提出してください。
２．この届出は、書類の送付先を変えるものであり、住民票等の内容を変更するものではありません。住民票の住所が本来の住所であるため、転居されている方で特別な理由が無い方は、住民票の住所を変更してください。