

後期高齢者医療にかかる通知書等の送付先変更申請書

年 月 日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|----------|----------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
| | フリガナ | | | | | | | | | | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住民登録地 | 〒 住所 | | | | | | | | 電話番号 () | |
| | 施設・病院へ入院している場合のみ記入 | 施設・病院名 | | | | | | | | | 電話番号 |
| | 所在地等 | 〒 住所 | | | | | | | | | |

これからの送付先を次のとおりとしてください。なお、送付先を住民登録地へ戻す場合は、記入の必要はありません。(注 送付先となる方の了承を得てください。)

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|--------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 送 付 先 設 定 欄 | 施設・病院等を送付先とする場合 | 施設・病院名 | | | | | | | | |
| | | 所在地等 | 〒 住所 | | | | | | | |
| | 居所または親族の住所等を送付先とする場合 | 世帯主等氏名 | | | | | | | | |
| | | 送付先住所等 | 〒 住所 | | | | | | | |
| 送付先変更期間 | | | | | | | | | | |

| | |
|------|--|
| 申請理由 | |
|------|--|

| | |
|--------|---|
| 変更する書類 | 資格関係書類 ・ 給付関係書類 ・ 賦課関係書類 ・ 収納関係書類 減額査定通知 ・ 医療費通知 ・ 後発医薬品 |
|--------|---|

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|------|-------------|
| 申 請 者 | フリガナ | | | | | | | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 |
| | 氏名 | | | | | | | | | | 印 |
| | 住所等 | 〒 住所 | | | | | | | | 電話番号 | |
| | 被保険者との続柄 | | | | | | | | | | |
| | 施設・病院等の職員の場合は事業所名等 | 事業所名 | | | | | | | | | 事業所印 |
| | 所在地 | 〒 住所 | | | | | | | | 電話番号 | |
| 申請者の身分を証明する物 | | | | | | | | | | | |

本人以外の者からの申請は、本人の同意が必要です。

| | | |
|---------------|----------|---|
| 被保険者本人の同意欄 | 被保険者本人署名 | 印 |
| 同意が得られない場合の理由 | | |

