

記入例

後期高齢者医療関連通知送付先申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、後期高齢者医療に関する諸通知の送付先の(登録・変更・廃止)を申請いたします。

		申請年月日	××年○○月△△日
提出者 (窓口に来た方)	後期 太郎	確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
提出者住所 <small>提出者が被保険者本人である場合は記載不要</small>	〒 都・道・府・県 市・町・村 電話番号 - -		

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	
	フリガナ	コウキ タロウ	生年月日
	氏名	後期 太郎	××年○○月△△日
	住所	〒950-0965 新潟 都・道・府・県 新潟 市・町・村 新光町4番地1 電話番号 012 - 345 - 6789	

送付先	フリガナ	コウキ イチロウ	本人との関係	子
	氏名	後期 一朗		
	住所	〒100-8916 東京 都・道・府・県 千代田区 市・町・村 霞が関1-2-2 電話番号 987 - 654 - 3210		

送付先の設定を依頼するものにチェックをしてください。

送付先設定業務	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理 (資格確認書・資格情報のお知らせ) <input checked="" type="checkbox"/> 給付管理 (療養費関係) <input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理・収納管理 (保険料納付書)
有効期間	××年○○月△△日 ~ 年 月 日
申請理由	住民票上の住所と現住所が異なるため

有効期間を設定する場合は、開始日と終了日の両方入力いただき、登録のみの場合は、開始日のみ。廃止のみの場合は、終了日のみ入力してください。