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 （窓口にきた方）		確認方法	□ マイナンバーカード　□ 運転免許証 □ 資格確認書　□ 被保険者証 □ その他（　　）
提出者住所 （提出者が被保険者本人である場合は記載不要）	〒 都・道・府・県　市・町・村 電話番号　－　－		

被保険者	被保険者番号		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年　月　日
	住 所	〒 都・道・府・県　市・町・村 電話番号　－　－	

送付先	フリガナ		本人との関係	
	氏　名			
	住　所	〒 都・道・府・県　市・町・村 電話番号　－　－		

送付先設定業務	□　資格管理（資格確認書・資格情報のお知らせ） □　給付管理（療養費関係） □　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	