

色のついた箇所を御記入ください。

記入例

令和〇〇年××月△△日

御記入された日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 殿

後期高齢者医療帳票等送付先変更届

下記のとおり、後期高齢者医療に係る帳票等の送付先を変更したいので届け出ます。

1. 現在の送付対象被保険者氏名

フリガナ	コウキ タロウ	被保険者番号							
被保険者氏名	後期 太郎	0	1	2	3	4	5	6	7

2. 送付先住所

新住所 (変更後)	〒123-4567 〇〇県××市1-1	電話番号012(345)6789
旧住所 (変更前)	〒234-5678 △△県〇〇市2-2	電話番号123(456)7890

3. 送付先氏名

フリガナ	コウキ イチロウ
送付先氏名	後期 一郎

4. 送付先変更対象帳票及び適用期間

変更対象帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 収納管理帳票
	<input checked="" type="checkbox"/> 給付管理帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費通知	<input checked="" type="checkbox"/> 後発医薬品
適用期間	令和 〇〇年〇〇月〇〇日から 令和 年 月 日まで		

送付先変更理由	(例) 施設入所のため。住所地に不在のため。 など			
届出人	住所	〇〇県××市1-1		
	氏名	後期 一郎	対象者との関係	子

※ 届出人の本人確認資料が必要です。

【市町村記入欄】

市町村名	受理状況欄	受理日	取扱者印	確認番印
	<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> その他 ( )	令和 年 月 日		

送付先の住所・電話番号を御記入ください。

送付先の氏名を御記入ください。

届出をする方の住所・氏名・本人との関係を御記入ください。

送付先を一部のみ変更されたい場合は、水戸市国保年金課後期高齢者医療係に御連絡ください。

変更理由を御記入ください。

<必要添付書類>

届出人の方の運転免許証などの顔写真入り身分証(保険証などの顔写真なし身分証の場合は2点)の写し

※ 送付先が変更されるまでには、約1か月かかりますので、あらかじめ御了承ください。