

後期高齢者医療保険に関する書類の送付先変更届出書
(新規 ・ 変更 ・ 廃止)

被保険者番号									
被 保 険 者 本 人	ふりがな					生年月日	明・大・昭	性 別	男・女
	氏 名						・		
	住 所								
送 付 先	ふりがな					連絡先 電話番号			
	氏 名 (あて名)								
	住 所	〒 方							
送付先変更 の理由 (具体的にご記入 ください)									
対象書類		☒ 資格管理帳票（資格確認書、基準収入額適用申請のお知らせ等） ☒ 賦課管理帳票（保険料額決定通知書、簡易申告書等） ☒ 収納管理帳票（納入通知書、納付書、督促状等） ☒ 給付管理帳票（高額医療費申請書、支給決定通知等） ☒ その他							
対象期間		令和 年 月 日 ～							
市区町村長 殿 (届出日) 上記のとおり届出いたします。 令和 年 月 日 (届出人) 氏 名 被保険者との続柄 住 所 連絡先電話番号									

※注意 送付先の変更については、被保険者の方が別の市町村に転出した場合は、転出先の市町村において再度届出が必要となりますのでご注意ください。

本人確認書類	☐ 免許証 ☐ 旅券 ☐ 個人番号カード ☐ 資格確認書（聴聞２項目） ☐ 介護保険証（聴聞２項目） ☐ その他（ ）
収受印	