

後期高齢者医療関連通知等送付先変更申請書

令和 年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様
米原市長 様

次のとおり、後期高齢者医療制度に関する通知等の送付先の変更を申請いたします。

届出人氏名
届出人住所
被保険者との関係

● 被保険者について（誰の送付先変更申請を行うか記入してください）

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ								生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
	氏名									年 月 日
	住所	〒								
		電話番号								

● 送付先変更を必要とする通知等について

送付先変更を必要とする通知等	1. 被保険者証、限度額認定・標準負担額減額認定証等資格関係 2. 後期高齢者医療保険料賦課・徴収関係書類 3. 給付関係書類
変更期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

● 通知等の送付先について

送 付 先	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	送付先の宛名		被保険者との関係	
	送付先の住所	〒		
		電話番号		

※上記の内容について同意します。

被保険者氏名