

後期高齢者医療関係書類送付先変更申出書

記入日 令和 6年 12月 1日

(あて先)五 戸 町 長

私は、次の後期高齢者医療被保険者に係る後期高齢者医療関係書類の送付先変更を申出します。
なお、変更により送付される書類は、被保険者本人の不利益にならないように適切に管理します。

申出者 住 所 〒 039 - 1513

五戸町字古館21番地1

フリガナ ゴノヘ ハナコ

お名前 五戸 花子

続 柄 ☐本人 ☒親族 (子) ☐その他()

電話番号 090 (0000) 0000 (自 宅 携 帯 その他)

送付先を変更する 被保険者	お名前 五戸 太郎 (生年月日 明・大<u>昭</u> 5年 5月 25日)	被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7
------------------	---	--------------------------------------

該当する部分に記入またはチェック(レ)をしてください。

変更後の宛先等	住 所 ☒ 申出者と同じ 〒 -
	お名前 ☒ 申出者と同じ 続柄()
	電話番号 ☒ 申出者と同じ () ※被保険者本人に関する対応ができる方の電話番号を記入してください。
送付先を 変更する理由 (複数可)	☒ 本人が入院(所)のため ※入院(所)先(任意記入) 特別養護老人ホーム〇〇荘 ☐ 本人を扶養するため ☐ 本人が書類管理できないため ☐ その他 (理由:)
送付先を 変更する書類	☒ 資格確認書等の資格証明書類 ☒ 保険料の賦課・徴収に関する書類 ☒ 療養費などの給付に関する書類
送付先を 変更する期間	☒ 令和 年 月 日から (期限なし) ☐ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

☐ 窓口受付 申出者本人確認 () ☐ 郵送受付	標準システム		市町村システム(ADWORLD)		市町村システム(INSIDE)	
	入力	確認	入力	確認	入力	確認
	月 日		月 日		月 日	