

後期高齢者医療関係書類送付先登録解除申出書

記入日 令和 年 月 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登録の解除を申出します。

申出者 住所 〒 _____

お名前 _____

続柄 本人 親族() その他()

電話番号 () (自宅・携帯・その他)

送付先登録を解除する 被保険者	お名前	被保険者番号
	(生年月日 明・大・昭 年 月 日)	

送付先登録を解除後は、被保険者の住所へ送付します。

了承する。

送付先登録を解除する書類	<input type="checkbox"/> 資格確認書等の資格証明書類 <input type="checkbox"/> 保険料の賦課・徴収に関する書類 <input type="checkbox"/> 療養費などの給付に関する書類
送付先登録を解除する日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から (期限なし)

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	