

後期高齢者医療送付先変更届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

住所 (住民票上の住所)	
-----------------	--

送付先に関する こと	新たな 送付先	郵便番号	
		送付先住所	○現住所に送付先を戻す場合は現住所と記入すること。
		送付先宛名	
	現在の 送付先	郵便番号	
		送付先住所	○現住所以外の場合記入すること。
		送付先宛名	
変更する書類 該当する□にレ印を記入すること。		<input type="checkbox"/> 資格関係帳票 <input type="checkbox"/> 賦課関係帳票 <input type="checkbox"/> 給付関係帳票 <input type="checkbox"/> 収納関係帳票 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品通知	

通知の有無 ※無の場合、データ自作作成 しません。ご注意ください。	医療費通知の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ 無 後発医薬品通知の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ 無
---	--

上記事由開始・終了年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
--------------	---------------

変更理由	
------	--

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、届出します。

令和 年 月 日

市町村 処理欄	システム 入力年月日	.	.	広域連合 処理欄	広域連合 受付年月日	.	.	システム 確認済	<input type="checkbox"/>
------------	---------------	---	---	-------------	---------------	---	---	-------------	--------------------------

(裏面)

# 【 記 入 不 要 】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	<b>個人番号確認</b>	<b>身元確認(A' 1点 A2点 B2点は不可)</b>		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/> [ ] <input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)
	<b>代理権の確認</b>	<b>代理人の身元確認(A' 1点 A2点 B2点は不可)</b>		
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合) [ ]	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証(後期以外) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書・年金手帳 <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/> [ ] <input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)