

後期高齢者医療関係書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

記入例

次のとおり、後期高齢者医療関係書類の送付先の(□登録/□変更/□終了)を申請(届出)します。
なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないことを確約します。
また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請・届出します。

申請(届出) 年 月 日	●●年●●月●●日	申請者等 確認書類	書類名: 免(経)・マイ・パ・障・保・ 介・その他()
申請者等 氏 名	●● ●●	被保険者 との続柄	☐ 被保険者本人 子・兄弟姉妹など
申請者住所 (届出者住所)	〒●●●● - ●●●● ●●市●●●●丁目●●番地 電話番号 (●●●●) ●●●●-●●●●		
申請(届出) の理由	☐ 書類管理ができないため ☐ 本人死亡のため ☐ 入院・入所中のため ☐ その他()		
開始日	☐ 申請日から ☐ 年 月 日から		※遡及不可
終了日	☐ 年 月 日まで ☐ 送付先変更申請(終了届出)があるまで		
書類区分 (□にレ印をして ください)	☐ 後期高齢者医療に関するすべての書類		
	※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。 ☐ 資格管理帳票 ☐ 賦課管理帳票 ☐ 収納管理帳票 ☐ 給付管理帳票		

申請者の方
の情報を記
載してくだ
さい。

「後期高齢
者医療に関
するすべての
書類」に
☑いただきますと後期
高齢者医療
に関する全
ての書類が
送付されま
す。

被 保 険 者	被保険者番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	性別	男 ・ 女
	フリガナ	● ● ● ●	生年月日	明治・大正・昭和(西暦) ●●年 ●●月 ●●日
	氏 名	● ● ● ●		
	住 所	〒656 - ●●●● 淡路市●●▲▲▲番地 電話番号 (●●●●) ●●-●●●●		

被保険者の
方の情報を
記載してく
ださい。

変 更 送 付 先	フリガナ	
	氏 名	被保険者に同じ
	住 所	〒 - ☐ 申請者住所と同じ(申請者様方) 様方 電話番号 () - (その他施設名等)

変更送付先
情報を記載
してくださ
い。申請者
住所へ送付
希望の場合
は、申請者
住所と同じ
に☑を入れ
てくださ
い。

以下市(区)町記入欄

受付日	年 月 日	受付者	
意 思 確 認 欄	☐ 委任状 ☐ 電話確認 ☐ その他(書類確認等) ☐ 意思確認不能 (確認者:) ~その他確認書類名又は意思確認不能理由等~		登録お知らせ 通知差止チェック ☐ 理由等(送付すべきでない特別な理由がある場 合のみ通知を差し止めます。)