後期高齢者医療資格確認書等送付先変更届出書

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

フリガナ		被保険者との続柄	1 本人　2（　　）
届出者氏名			
届出者住所	電話番号		

後期高齢者医療に関する書類について、下記の通り変更したいので届け出ます。

被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日	M・T・S　　年　　月　　日
変更内容	1. 新規　　2. 変更　　3. 終了		
変更理由	□入院のため　□施設入所のため　□仕事のため　□親の介護のため □判断力低下のため　□家庭の事情のため　□その他(　　)		
変更を希望する帳票	□資格管理帳票	・資格確認書　・特定疾病療養受療証　等	
	□賦課管理帳票	・保険料額決定通知　・保険料減免決定通知　等	
	□収納管理帳票	・保険料徴収猶予通知　等	
	□給付管理帳票	・給付支給決定通知　・医療費通知　・ジェネリック医薬品のお知らせ　等	

「新規」「変更」を選択した場合のみ下記にご記入ください。（終了の場合は記載不要）

送付先	宛　先	〒　　－	都道府県
		【方書】	
	フリガナ		【被保険者との続柄】 1 本人　2 届出者と同じ 3
	氏　名		
	電話番号		1 自宅　2 勤務先 3 携帯　4
備考			

注. 今回届出ていただいた送付先の設定を**変更または終了**する場合は、市町村窓口で再度送付先変更届出書の提出をお願いいたします。

記載例

高齢者医療資格確認書等送付先変更届出書

令和 ＊ 年 4 月 1 日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

フリガナ	コウイキ　ハナコ	被保険者との続柄	1　本人　(2)（　　子　　）
届出者氏名	広域　花子		
届出者住所	大分市東春日町17番20号 電話番号　097-534-1771		

後期高齢者医療に関する書類について、下記の通り変更したいので届け出ます。

被保険者番号	0 0 0 1 2 3 ＊ ＊		
被保険者氏名	広域　太郎	生年月日	M・T (S) 5 年 2 月 1 日
変更内容	(1.) 新規　　2. 変更　　3. 終了		
変更理由	☑入院のため　☐施設入所のため　☐仕事のため　☐親の介護のため ☐判断力低下のため　☐家庭の事情のため　☐その他(　　)		
変更を希望する帳票	☑資格管理帳票	・資格確認書　・特定疾病療養受療証　等	
	☑賦課管理帳票	・保険料額決定通知　・保険料減免決定通知　等	
	☑収納管理帳票	・保険料徴収猶予通知　等	
	☑給付管理帳票	・給付支給決定通知　・医療費通知　・ジェネリック医薬品のお知らせ　等	

「新規」「変更」を選択した場合のみ下記にご記入ください。（終了の場合は記載不要）

送付先	宛　先	〒 8 7 0 － 0 0 3 7　大分　都道府県(○)	
		大分市東春日町17番20号	
		【方書】 広域　花子　方	
	フリガナ	コウイキ　タロウ	【被保険者との続柄】 (1) 本人　2 届出者と同じ 3
	氏　名	広域　太郎	
	電話番号	097-534-1771	(1) 自宅　2 勤務先 3 携帯　4
備考			

注. 今回届出ていただいた送付先の設定を**変更または終了**する場合は、市町村窓口で再度送付先変更届出書の提出をお願いいたします。