

後期高齢者医療送付先申出書

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申 出 者 被保険者住所
被保険者氏名
代理人氏名 続柄
電話番号

後期高齢者医療に係る各証及び各種通知書等の送付先について、申し出ます。

被保険者番号			氏 名		
生 年 月 日			電 話 番 号		
住 所	〒				
送 付 区 分	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一 部 ⇒	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> 医療費通知	<input type="checkbox"/> 医療費通知送付抑止		
有 効 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
申 出 理 由					
送 付 先	住 所	〒 ー			
	フリガナ 氏 名	-----			
	電 話 番 号			被 保 険 者 と の 続 柄	

◎保険医療課処理(こちらには記入しないでください)

受 付	身分確認(窓口で記入された申請のみ)	システム入力	チェック
<input type="checkbox"/> 窓口記入 ⇒ <input type="checkbox"/> 窓口持参 <input type="checkbox"/> 郵 送 受付者印	<input type="checkbox"/> 被保険者本人・成年後見人による申請 <input type="checkbox"/> 本人確認(保険証・免許証・その他[])) <input type="checkbox"/> 成年後見人の場合は成年後見人であることを証明する書 <input type="checkbox"/> 代理人による申請 <input type="checkbox"/> 代理人確認(保険証・免許証・その他[])) <input type="checkbox"/> 委任状 または <input type="checkbox"/> 被保険者本人の被保険者証	<input type="checkbox"/> 市後期 <input type="checkbox"/> 広 域 入力者印	