後期高齢者医療制度に係る通知書等送付先を指定する届出書
（ 新規 ・ 更新 ・ 廃止 ）

①被保険者に関する事項

被保険者番号									保険者番号							
被保険者住所	〒															
被保険者氏名									生年月日	年　月　日						

②申立・誓約書に係る事項（被保険者死亡により申立・誓約書を提出している場合に記入）

申立者住所 （法定相続人等住所）	〒		
申立者氏名 （法定相続人等氏名）		死亡した被保険者との続柄	

③送付先情報

宛先 （建物、施設名まで記入）	〒		
送付先宛名	フリガナ	電話番号	
		被保険者又は申立者との続柄	
送付先を指定する理由	□施設に入所のため　□入院のため　□転出のため □法定代理人（成年後見人等）が選定されたため　□親族が書類を管理するため □東日本大震災に伴う避難のため　□その他（**下に理由を記載ください**） （　　）		
送付先を指定する書類	□被保険者の資格に関すること（被保険者証、限度額認定証等） □保険料の賦課収納に関すること（保険料決定通知書や納入通知書等） □保険給付に関すること（高額医療のお知らせや医療費のお知らせ等）		
指定期間	開始	年　月　日から	
	終了	年　月　日まで　※未定の場合、記入不要 ※廃止の場合、終了日だけ記入	

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり届出します。なお、**上記届出内容に変更があった場合、遅滞なく届出すること**を申し添えます。

届出日	年　月　日		
届出者	住所	〒	
	氏名	電話番号	
		被保険者又は申立者との続柄	

※本人、法定代理人、同居の家族以外の方が届出者の場合は、被保険者（法定相続人等）からの委任状況が分かる書類等を添付すること。

市町村確認欄	システム入力日		入力者		確認者		市町村名	
	本人確認	□運転免許証　□個人番号カード □保険証　□その他（　　）			法定相続人等確認	□公簿等による確認（住民基本台帳、戸籍謄本等） □遺産分割協議書　□その他（　　）	
	備考						