後期高齢者医療制度に係る通知書等送付先変更届出書（申請・変更・終了）

※届出を行った場合、住民票上の住所地と異なる住所（送付先）へ各種書類を送付いたします。
※届出以降に被保険者が転出・転居した場合等でも、この届出は有効となります。
※届出内容に変更が生じた場合は、速やかに変更・終了届出をお願いいたします。

申請・変更の場合は①②④、終了の場合は①③④を記入してください。

①被保険者に関する事項

被保険者番号									保険者番号							
被保険者氏名						性別		電話番号								
住所	〒　　－															

②送付先変更申請・変更

送付先住所	〒　　－		
送付先宛名	フリガナ	電話番号	
		被保険者との続柄	
送付先を変更する理由	※該当する理由を〇で囲んでください。「その他」を〇で囲んだ場合は具体的に記入願います。 ●施設に入所中のため ●入院中のため ●その他（　　）		
送付を希望する内容	※希望する内容を〇で囲んでください。 ● **資格**（被保険者証等） ● **賦課/収納**（保険料決定通知書や納入通知書） ● **給付**（医療費のお知らせや高額医療のお知らせ等）		
送付先変更開始年月日	令和　　年　　月　　日		

③送付先変更終了

送付先変更終了年月日	令和　　年　　月　　日

④届出

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、遅滞なく届出をすることを申し添えます。

年　　月　　日

福島県後期高齢者医療広域連合長

届出人	住所			
	氏名			
	被保険者との続柄		電話番号	

標準システム入力日		入力者		確認者		市町村名	
備考							