後期高齢者医療被保険者証等送付先登録申請書

　　　年　　　月　　　日

秋田県後期高齢者医療広域連合長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 市・郡　　　　　　　　　町・村 | | |
| 連絡先電話番号 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | |
| 被保険者住所 | |  | |
| 【方書】 | |
| 被保険者氏名  （申請者） | |  | |
| 送付先（新規・変更） | 宛　　先 | 〒　　　　　　　　　都道  府県 | |
|  | |
| 【方書】 | |
| フリガナ |  | 【被保険者との続柄】  １　本人  ２　申請者と同じ  ３　その他（　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 電話 |  | |
| 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　　　□判断力の低下のため　　□家庭の事情のため  □同居親族がいない　　□取りに行く人がいない  □郵便局対応ができない　　　□住民異動届ができない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 変更期間 | | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで | |
| 書類種別 | | □すべて　　　　　　　　　　□賦課・収納関係（保険料の通知等）  □資格関係（保険証等）　　　□給付関係（支払い決定通知書等） | |