

後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更申請書

令和 年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請人

被保険者との続柄 _____ 住所 _____
 フリガナ _____

1 本人 _____

2 親族(続柄 _____) 氏名 _____ (印)

3 その他(_____) _____

電話 _____

被保険者番号		被保険者の同意の押印	(印)
被保険者住所			
被保険者氏名			
(新規設定・変更・解除)送付先	宛 先	〒 _____	都道府県 _____
		【方書】 _____	
	フリガナ		
	氏 名	【被保険者との続柄】 1 本人 2 申請人と同じ 3 その他(_____)	
	電 話	1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4 (_____)	
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 同居親族がいない <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない <input type="checkbox"/> 必要なくなったため <input type="checkbox"/> その他 → (理由 _____)		
変更書類希望	<input type="checkbox"/> 被保険者証のみ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に係るすべての書類 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
変更期限	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 当面の間(次回申請時まで) <input type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで	
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・申請には、申請人の身分証明書(運転免許証、保険証等)が必要です。 ・被保険者との続柄については、どういった続柄かはっきりわかるように記載してください。(例)子、孫、妹、甥、成年後見人など。 ・申請人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付してください。 ・被保険者の同意の押印については、申請人が三親等以内の親族で、申請人の本人確認ができる場合は省略できます。 ・送付先欄(新規設定・変更・解除)内の該当する項目に○をつけてください。 ・送付先変更の必要がなくなった場合や、更に送付先を変更する場合は再度申請が必要です。 		

処理区分	被保険者証	
	資格管理帳票	
	賦課管理帳票	
	収納管理帳票	

本人確認	
書類名	
番号	

市町村	
受付印	受付者印