

後期高齢者医療資格確認書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

申請者(届出者)

住所

被保険者との続柄

フリガナ

1 本人

2 親族(続柄) 氏名

3 その他()

電話

次の送付先に関係書類を送付していただきたいので、申請します。なお、この申請にあたり、関係者への説明は私が責任をもって行います。

被保険者番号										被保険者の 同意の押印 または署名			
被保険者住所													
(フリガナ) 被保険者氏名									生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
(新規 設定・ 変更・ 解除) 送付先	宛 先	〒		—		都道 府県							
		【方書】											
	フリガナ								【被保険者との続柄】				
	氏 名								1 本人 2 申請者と同じ 3 その他()				
電 話								1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4 ()					
変更理由	☐ 入院のため ☐ 判断力低下のため ☐ 同居親族がいない ☐ 施設入所のため ☐ 郵便局対応ができない ☐ 住民異動届ができない ☐ 必要なくなったため ☐ 成年後見人・保佐人・補助人 ☐ 現在送付先となっている者の死亡のため ☐ その他→理由 ()												
変更書類希望	☐ 後期高齢者医療に係るすべての書類 ☐ 資格確認書・資格情報のお知らせのみ ☐ その他()												
変更期間	令和 年 月 日 から							☐ 今回のみ					
								☐ 期限なし					
								☐ 令和 年 月 日 まで					
注意事項	・申請には、申請者の本人確認書類(運転免許証等)が必要です。 郵送で提出する場合はコピーを添付してください。 ・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。 ・申請者が成年後見人、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又は署名」については、申請者が被保険者又は住民票上同世帯の方の場合は省略できます。申請者が住民票上別世帯の方の場合は省略することはできません。 ・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	資格確認書・資格情報のお知らせ	
	資格管理帳票	
	賦課管理帳票	
	収納管理帳票	
	給付管理帳票	

届出者の本人確認	
書類名	免 確 介
	その他()

市町村	
受付印	受付者印