後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更届出書

令和　　年　　月　　日

岡山県後期高齢者医療広域連合長　様

届出者

被保険者との続柄
1 本人
2 親族（続柄＿＿＿＿＿）
3 その他（＿＿＿＿＿）

住所
フリガナ
氏名
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、届出します。なお、この届出にあたり、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	
送付先（新規設定・変更・解除）	宛先	〒　－					都道府県				
		【方書】									
	フリガナ								【被保険者との続柄】1 本人 2 届出者と同じ 3 その他（　）		
	氏名										
	電話								1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4（　）		
変更理由	□入院のため □施設入所のため □必要なくなったため □その他→理由（　） □判断力低下のため □郵便局対応ができない □成年後見人・保佐人・補助人 □同居親族がいない □住民異動届ができない □現在送付先となっている者の死亡のため										
変更希望の書類	□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	・届出には、届出者の本人確認書類（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。 ・届出者が成年後見人、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、届出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。届出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〇をつけてください。 ・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届出が必要です。										

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