

記載例

富山県後期高齢者医療広域連合長 宛て

上記のとおり、被保険者にかかる後期高齢者医療関係書類を送付先に送付
また、変更後の住所に郵便物が届かない場合や連絡がつかない場合は解除

被保険者ご本人様の氏名を
記入してください。

令和 8 年 1 月 13 日

申請者 氏 名 広域 花子

※申請者と届け出される方が異なる場合は次の欄もご記入ください。

届出者	氏 名	高岡 太郎		
	住 所	高岡市広小路 7 番 5 0 号		
	被保険者との関係	子	TEL	0766-20-1481

届出者が被保険者と異なる
場合は記入してください。

処 理 欄	本人確認書類	1点書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(H24.4.1以降) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 顔写真付きの官公署が発行した身分証明書等 <input type="checkbox"/> その他()
		2点書類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 官公署が発行した身分証明書等 <input type="checkbox"/> その他()
			※2点書類の場合は「漢字氏名」及び「生年月日」又は「住所」が記載されているものに限る。
	代理人	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(法定代理人)	
備考			

市町村受付印	広域連合受付印