

後期高齢者医療送付先変更届(□新規 □変更 □解除)

被保険者	被保険者番号			
	(フリガナ) 氏 名		生年 月 日	□大正 □昭和 年 月 日
	住 所	〒 ー		
送付先	(フリガナ) 氏 名		TEL	
		(18 字以内)		
	住 所	〒 ー (40 字以内)		
	被保険者との関係			
	理 由			
種 別		□全部／□一部(□資格 □賦課 □徴収 □給付 □医療費通知 □後発医薬品)		
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いただきますよう届出ます。 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されることを了承します。 年 月 日 申請者 氏 名 ※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			
	住 所			
	被保険者との関係		TEL	

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	受 付 方 法		□窓口(要本人確認) □郵送 □その他()		
	本 人 確 認 書 類	1 点 書 類	□運転免許証() □パスポート □在留カード □住基カード(写真有) □個人番号カード □身体障害者手帳等(写真確認可) □官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複 数 書 類	①	□被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳 □年金証書 □住基カード(写真無) □その他()	
			②	□学生証 □法人の身分証明書 □官公署の資格証明書(写真有) □その他(所属 課 氏名 知人・聞取り)	
		※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要			
	備 考		□戸籍確認 □死亡(本人確認不要)	市町村受付印	広域連合受付印