

記入例

後期高齢者医療関係書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、後期高齢者医療関係書類の送付先の 登録/ 変更/ 終了
 なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において
 療広域連合には一切迷惑をかけないことを確約します。

申請の際には、申請者の本人確認書類の写しを添付してください。
 また、申請者が被保険者と異なる場合は、委任状が必要です。

手続きされる方についてご記入ください。(被保険者と同じ場合は、 に することで記入を省略できます。)

申請(届出)年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	申請者等確認書類	書類名: 免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他()
申請者等氏名	芦屋 太郎	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人
申請者住所(届出者住所)	〒 659-0064 芦屋市精道町7番6号 電話番号 (0123) 45 - 6789 <input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ		
申請(届出)の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> その他()		
開始日	<input checked="" type="checkbox"/> 申請日から <input type="checkbox"/> 年 月 日から	※遡及不可	
終了日	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更申請(終了届出)があるまで		
書類区分(□にレ印をしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関するすべての書類 ※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。 <input type="checkbox"/> 資格管理帳票 <input type="checkbox"/> 賦課管理帳票 <input type="checkbox"/> 収納管理帳票 <input type="checkbox"/> 給付管理帳票		

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者についてご記入ください。
	フリガナ	アシヤ タロウ	
	氏名	芦屋 太郎	
住所	〒 659 - 0064 芦屋市精道町7番6号 電話番号 (0123) 45 - 6789		

送付先についてご記入ください。(申請者住所と同じ場合は、 に することで記入を省略できます。)

更 送 付 先	氏名	被保険者と同じ	
	住所	〒 659 - 0065 芦屋市公光町5番10号 電話番号 (9876) 54 - 3210	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ(申請者様方) _____ 様方 (その他施設名等)

以下市(区)町記入欄

意 見 確 認 欄	芦屋市処理欄 ※記入しないでください。		る場