

# 後期高齢者医療 送付先（変更）届出書

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

届出人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

( 被保険者との続柄 )

この度、後期高齢者医療に関する文書について、下記のとおり送付いただきますよう届出ます。

記

ふりがな		生年月日	
被保険者氏名		明治 大正 年 月 日 昭和	
被保険者住所			
被保険者番号			
種 別	資格	送付先	〒 住所 ふりがな 宛名 電話番号
	給付		〒 住所 ふりがな 宛名 電話番号
	賦課		〒 住所 ふりがな 宛名 電話番号
	徴収		〒 住所 ふりがな 宛名 電話番号
届出日		平成 年 月 日	

※届出したい種別を○で囲んでください。