

## 後期高齢者医療 送付先（変更）届出書

|       |  |         |  |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名  |  | 本人との関係  |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先電話番号 |  |

|   |    |     |                                      |                      |      |
|---|----|-----|--------------------------------------|----------------------|------|
| ふりがな  |    |     |                                      | 生年月日                 |      |
| 被保険者氏名  |    | ⑩   |                                      | 明治<br>大正 年 月 日<br>昭和 |      |
| <small>※届出者が本人の場合は押印不要</small>                    |    |     |                                      |                      |      |
| 被保険者住所  |    |     |                                      |                      |      |
| 被保険者番号  |    |     |                                      |                      |      |
| 種別  | 資格 | 送付先 | 〒<br>住所<br><small>ふりがな</small><br>宛名 |                      | 電話番号 |
|   | 給付 |     | 〒<br>住所<br><small>ふりがな</small><br>宛名 |                      | 電話番号 |
|   | 賦課 |     | 〒<br>住所<br><small>ふりがな</small><br>宛名 |                      | 電話番号 |
|   | 徴収 |     | 〒<br>住所<br><small>ふりがな</small><br>宛名 |                      | 電話番号 |
| ※届出したい種別を○で囲んでください。                               |    |     |                                      |                      |      |
| 島根県後期高齢者医療広域連合長 様<br><br>上記のとおり届出ます。<br><br>年 月 日 |    |     |                                      |                      |      |