

## 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 大正 年 月 日 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	〒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  上記のとおり届出ます。  年 月 日				