後期高齢者医療関係書類送付先変更申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該 当 者  （被保険者） | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |
| 住 | 所 |  | | | | | | | | | |
| フリ  氏 | ガナ  名 | 明 ・ 大 ・ 昭  年 月 日生 | | | | | | | | | |
| 送 付 先 | 住 | 所 | 〒 －      電話番号 （ ） － | | | | | | | | | |
| フリ  氏 | ガナ  名 | 様方 | | | | | 被保険者との関係(続柄等) | | |  | |
| 変更送付有効期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | １．入院中のため    ２．その他（ ） | | | | | | | | | | | |
| 送付先の変更を希望する書類（希望のものにレ点を付けてください。）  □ 被保険者資格に関する通知（資格確認書、資格情報のお知らせなど）  □ 保険料額に関する通知（保険料額決定通知書など）  □ 保険料の納付に関する通知（納付書、督促状など）  □ 医療給付に関する通知（医療費通知、高額療養費に関する通知など） | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）柳井市長  上記のとおり送付先の変更を申請します。  なお、申請内容に変更のある場合には、必ず届け出をします。  令和 年 月 日    【申請者】 住 所    氏 名    被保険者との関係(続柄等)    電話番号 ( ) －  ※郵便物が届かない場合又は市外へ転出された場合、この申請は無効となります。  ※希望用件以外でも上記送付先に連絡する場合もありますので、予めご了承ください。 | | | | | | | | | | | | |