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。  |