

## 後期高齢者医療送付先変更（新規・変更・取消）届

被 保 険 者	氏名			生年月日	
				明・大・昭	年 月 日
	住所				
送 付 先	住所	〒 方書			
		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	フリガナ			被保険者との続柄	
	氏名			電話番号	
理 由	(該当する□に✓を付けてください)				
	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 医療機関・施設等に入院・入所しているため <input type="checkbox"/> 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 送付先の人を変更したため <input type="checkbox"/> 送付先人が住所変更したため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> 取消し	<input type="checkbox"/> 必要がなくなったため (理由: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<p>(あて先)前橋市長          上記のとおり、届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>届出人(来庁者)    1. 本人(被保険者)    2. 代理人(本人との関係: )</p> <p style="margin-left: 40px;">住所 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">フリガナ _____</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 _____                      電話番号 _____</p> <p><input type="checkbox"/>福祉医療の送付先も上記と同様に変更を希望します。</p>					

前橋市確認欄	写真付1点	写真無2点	その他	受 付	入力 1	入力 2
本人・代理人	免・( )	保・介・( )	( )			
代理権	-	保・介・( )	委・登・( )			
送付先	免・保・介・( )			宛名番号		
福祉	有(希望有・無)・無				E	
変更希望書類	全て(資格・給付・賦課・収納・医療費通知・ジェネリック案内・減額査定)					