

記入例

医療送付先変更（新規・変更・取消）届

被 保 険 者	氏名	前橋 太郎		生年月日	
	住所	前橋市 大手町二丁目12番1号		明・大 昭〇〇年〇〇月〇〇日	
送 付 先	住所	〒 371-8601 前橋市大手町一丁目1番1号		方書	
	フリガナ	マエバシ ハナコ	被保険者との続柄	長女	
	氏名	前橋 花子	電話番号	027-898-5955	
理 由	(該当する□に✓を付けてください)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input checked="" 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いため <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 ( )			
(あて先)前橋市長 上記のとおり、届け出します。 〇〇年〇〇月〇〇日 届出人(来庁者) 1. 本人(被保険者) 2. 代理人(本人との関係: 長女 ) 住所 前橋市大手町一丁目1番1号 氏名 前橋 花子 電話番号 027-898-5955					

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・(	前橋市記入欄				
代理権	-					
送付先	免・保・					
福祉	有(希望有 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)					