

後期高齢者医療 送付先変更 (新規・変更・取消) 届

記入例

様式第1号

該当書類	送付先を変更する書類の□に✓をつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険の資格に関する書類 (資格認定書等) <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険の給付に関する書類 (支給申請書、医療費通知等) <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料に関する書類			
該当者	氏名	前橋 太郎	生年月日	昭和20年1月15日
	住所	前橋市大手町二丁目12番1号		
送付先	指定場所	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他 〒312-4567 前橋市〇〇町〇〇123番地45		
	氏名	花子	続柄	長女
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 介護施設等へ入所又は医療機関等へ入院しているため <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害等により該当者が適切に書類の管理をできないため <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 送付先人が住所変更をしたため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 取消 <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ます。 なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者 (又はその関係者) 並びに送付先人に説明済みであり、生じた問題については、届出人が負うことについて同意します。 また、市が必要と認める時は、職権により変更または取消し等させていただきます。				
令和7年 4月 1日 届出人 (来庁者) 住所 前橋市〇〇町〇〇123番地45 氏名 前橋 花子 (続柄: 長女) 電話番号 090-1234-5678				

該当書類ごとに送付先変更の届出希望に印をつけてください

該当者の住所、氏名等を記入してください

送付先に指定したい場所に✓をし、送付先となる住所等を記入してください

該当する届出理由に✓してください

届出日と届出者の住所、氏名等を記入してください

(前橋市記入欄)

前橋市記入欄の記載は不要です