

後期高齢者医療 送付先変更（新規・変更・取消）届

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。 ☐ 後期高齢者医療保険の資格に関する書類（資格確認書等） ☐ 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） ☐ 後期高齢者医療保険料に関する書類					
該 当 者	氏名			生年月日		
	住所					
送 付 先	指定場所	☐ 親族 ☐ 入所施設 ☐ 医療機関 ☐ 法定代理人 ☐ その他				
	住所	〒				
	フリガナ			続柄		
	氏名			電話番号		
理 由	☐ 新規	☐ 介護施設等へ入所又は医療機関等へ入院しているため ☐ 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 ☐ その他（ ）				
	☐ 変更	☐ 送付先となる者を変更したいため ☐ 送付先人が住所変更をしたため ☐ その他（ ）				
	☐ 取消	☐ 必要がなくなったため（理由： ） ☐ 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。						
令和 年 月 日 届出人（来庁者） 住 所 _____ 氏 名 (続柄：) 電話番号 _____						

(前橋市記入欄)

宛名番号	
管理番号	

	写真付 1 点	写真無 2 点	その他	受付者
本人・代理人	免・個力・()	保(資)・介・()	-	
代理権	委任状・登記事項証明書・()			
送付先確認	免許証・個力・保(資)・登記事項証明書・()			
送付先	親族・施設・医療機関・法定代理人・()			
親族	戸籍謄本等 ()※委任状がない場合			

入力日	広域	e-suite
入力者		
チェック		
確認者		