様式第１号

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 □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） □ 新　規　□医療機関・施設等に入院・入所しているため □認知症等で書類を紛失するおそれがあるため □その他（　　） □ 変　更　□送付先の人を変更したいため □送付先人が住所変更したため □その他（　　） □ 取消し　□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、届け出します。

年　　月　　日

届出人（来庁者）　１．本人（被保険者）　２．代理人（本人との関係：　　）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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）					