

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。 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険の資格に関する書類 <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		
	電話番号	312-4567		
送付先	住所	〇町〇〇 123 番地 45		
	続柄	長女		
氏名	前橋 花子	電話番号	090-1234-5678	
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（ 該当する届出理由に✓してください ） <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、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7年 4月 1日 前橋市〇〇町〇〇 123 番地 45				
届出人（来庁者） 住所 _____				
氏名 前橋 花子 （続柄： 長女 ）				
電話番号 090-1234-5678				

(前橋市記入欄)

前橋市記入欄の記載は不要です