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・個カ・（　）	保(資)・介・（　）	－	
代理権	委任状・登記事項証明書・（　　）			
送付先確認	免許証・個カ・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		