

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 ☒ 後期高齢者医療保険の給付に関する書類 ☒ 後期高齢者医療保険の給付に関する書類 等) ☒ 後期高齢者医療保険の給付に関する書類 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	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 該当者の住所、氏名等を記入してください。			
送	指定場所	☒ 親族 ☐ 入所 ☐ その他			
	送付先	〒 317-4567 〇町〇〇 123 番地 45			
	氏名	前橋 花子	続柄	長女	
	氏名	前橋 花子	電話番号	090-1234-5678	
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 ☐ その他（ ） 該当する届出理由に✓してください。 ☐ 変更 ☐ 送付先となる者を変更したため ☐ 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）より、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 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。