

後期高齢者医療制度 送付先変更届書

令和 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

〒

住 所 _____

届出人

氏 名 _____

〔被保険者との続柄： _____〕

次により、後期高齢者医療に係る帳票の送付先の変更を届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|----|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧 送 付 先 | 住 所 | 〒 _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新 送 付 先 (必要に応じて〇〇様 方まで記入) | 住 所 | 〒 _____ 届出人と同じ | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | ----- | | | | | | | | | | | | | | |
| | 宛 名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先を変更する帳票 (変更するものに☑) | <input type="checkbox"/> 全て変更 個別に変更 { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">□資格</td> <td style="padding: 0 5px;">□賦課</td> <td style="padding: 0 5px;">□収納</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">給付</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知 </td> </tr> </table> | | | | | | | □資格 | □賦課 | □収納 | 給付 | | | <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知 | | |
| □資格 | □賦課 | □収納 | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付を止める帳票 (止めるものに☑) | <input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知 | | | | | | | | | | | | | | | |

※すでに発送準備が整っている書類に関しては、変更前の住所に届く場合があります。

備 考 (送付先変更する理由等)

| | | | | | | |
|-----|-------|-------|-----|------|------|------|
| 受 付 | 住民異動 | 証再交付 | 確 認 | 広域入力 | MC入力 | 証等発行 |
| | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | | | | |

↓
本書送信後、TEL