

後期高齢者医療被保険者証等送付先変更申出書

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号									
	氏 名									
	生 年 月 日	【 明治・大正・昭和 】		年	月	日				
	住 所									
変 更 後 の 送 付 先	送 付 先 の 住 所									
	※送付先の ^{フリガナ} あて名									
	送付先の電話番号	()	—							
	送 付 期 間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	送付先を変更して欲しい書類（裏面を御覧ください）	<input type="checkbox"/> 資格管理帳票				<input type="checkbox"/> 賦課管理帳票				
		<input type="checkbox"/> 収納管理帳票				<input type="checkbox"/> 給付管理帳票				
	<input type="checkbox"/> 医療費通知				<input type="checkbox"/> 後発医薬品					
変 更 理 由										
<p>上記のとおり、後期高齢者医療の書類等を変更後の送付先住所あてに送付してください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">氏名</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">(代理人) 住所</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">氏名</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">被保険者との関係</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">連絡先電話番号 () —</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> </div> <div style="width: 45%; font-size: 1.2em;"> <p>〇〇市(町・村)長 様</p> <p>宮崎県後期高齢者 医療広域連合長 様</p> </div> </div>										

必要書類：後期高齢者医療被保険者証

記入上の注意

- ・申請者は、被保険者本人またはその属する世帯の世帯主です。それ以外の方は、代理人欄に住所、氏名と被保険者との関係を記入してください
- ・被保険者欄は、後期高齢者医療被保険者証を基に記入してください。
- ・代理人の申請のうち、家族以外の申請の場合は、身分証明書等の提示を求められる場合があります。
- ・送付先が施設等で、施設等職員が代理人として届ける場合は、身分証明書等を提示してください。
- ・送付先のあて名が、被保険者本人と異なる場合には、別途委任状を提出してください。

送付される主な書類

資格管理帳票		被保険者証 基準収入額適用申請書 限度額認定・標準負担額減額認定証 特定疾病療養受療証
保険料	賦課管理帳票	保険料額決定通知書 保険料仮徴収額決定通知書 保険料額変更決定通知書 簡易申告書 保険料減免決定通知書
	収納管理帳票	保険料納入通知書 督促状・催告書
給付管理帳票		高額療養費支給のお知らせ 外来年間合算支給のお知らせ 高額介護合算療養費支給のお知らせ 支給決定通知書 ・療養費 ・高額療養費 ・外来年間合算 ・高額介護合算療養費
医療費通知		医療費通知
後発医薬品		ジェネリック医薬品利用差額通知