

後期高齢者医療資格確認書等送付先登録申請書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

届 出 者 名		本人との関係	
届 出 者 住 所	市・区・郡 町・村		
連絡先電話番号			

被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者	住 所	【方書】	
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
送 付 先 (新 規 ・ 変 更)	宛 先	〒 都道府県	
		【方書】	
		フリガナ	【被保険者との続柄】 1 本人 2 届出者と同じ 3 その他()
	氏 名		
	電 話		
変更理由		☐ 入院のため ☐ 施設入所のため ☐ 仕事のため ☐ 親の介護のため ☐ 判断力の低下のため ☐ 家庭の事情のため ☐ 同居親族がいない ☐ 取りに行く人がいない ☐ 郵便局対応ができない ☐ 住民異動届ができない ☐ その他 ()	
変更期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
書類種別		☐ すべて ☐ 賦課・収納関係（保険料の通知等） ☐ 資格関係（資格確認書等） ☐ 給付関係（支払い決定通知書等） ☐ 医療費通知 ☐ 後発医薬品 ☐ 減額査定通知	