

# 後期高齢者医療 送付先変更届

年 月 日

川西町長 様

|        |                |   |   |   |       |  |
|--------|----------------|---|---|---|-------|--|
| 被保険者番号 |                |   |   |   |       |  |
| 被保険者氏名 |                |   |   |   |       |  |
| 生年月日   | 明治<br>大正<br>昭和 | 年 | 月 | 日 | 男 ・ 女 |  |
| 被保険者住所 | 〒              |   |   |   |       |  |
|        | 電話番号 — —       |   |   |   |       |  |

次のとおり後期高齢者医療に係る書類の送付先を届出します。

|       |     |   |          |  |  |
|-------|-----|---|----------|--|--|
| 送付先住所 | 〒 — |   |          |  |  |
| 方書    |     |   |          |  |  |
| 電話番号  | —   | — | 被保険者との続柄 |  |  |
| 届出理由  |     |   |          |  |  |

※方書の方の本人を証する書類の写しを添付してください。

①写真入りの身分を証するもの：旅券、運転免許証 等 1つ

または

②写真のない身分を証するもの：健康保険被保険者証、介護保険被保険者証 等 2つ以上

(注)店舗の会員証や医療機関等の診察券は該当しません。

登録確認

|  |
|--|
|  |
|--|