

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 大正 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

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