

# 後期高齢者医療送付先変更届書

平成 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住 所

氏 名

印

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 (被保険者の氏名で届 き難い場合は〇〇様 方まで記入)	住 所				
	電 話 番 号				
送付先を変更する帳票 (希望するものに○)	資 格	賦 課	収 納	給 付	全 て

備 考

--