

後期高齢者医療制度 送付先変更等届書

平成 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住 所

届出人

氏 名



[被保険者との続柄 :

]

次により、後期高齢者医療に係る帳票の送付先の変更等を届け出ます。

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 (必要に応じて〇〇様方まで記入)	住 所	〒																
	電 話 番 号																	
送付先を 変更する 帳票 (変更するものに☑)	<input type="checkbox"/> 全て変更 個別に変更 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/>資格</td> <td><input type="checkbox"/>賦課</td> <td><input type="checkbox"/>収納</td> </tr> <tr> <td>給付</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">(</td> <td><input type="checkbox"/>全て</td> <td><input type="checkbox"/>減額査定通知</td> <td><input type="checkbox"/>医療費通知</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>後発医薬品差額通知</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	}	<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> 賦課	<input type="checkbox"/> 収納	給付			(<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 減額査定通知	<input type="checkbox"/> 医療費通知	<input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知					
}	<input type="checkbox"/> 資格		<input type="checkbox"/> 賦課	<input type="checkbox"/> 収納														
	給付																	
(<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 減額査定通知	<input type="checkbox"/> 医療費通知															
	<input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知																	
送付を 止める 帳票 (止めるものに☑)	<input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知																	
変更する期間	平成	年	月	日 から														
	平成	年	月	日 まで														

※すでに発送準備が整っている書類に関しては、変更前の住所に届く場合があります。

備 考 (送付先変更する理由等)