

後期高齢者医療制度 送付先変更等届書

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 checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> 全て変更 個別に変更 { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">□資格</td> <td style="padding: 0 5px;">□賦課</td> <td style="padding: 0 5px;">□収納</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">給付</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(□全て □減額査定通知 □医療費通知)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">□後発医薬品差額通知</td> </tr> </table>		□資格	□賦課	□収納	給付			(□全て □減額査定通知 □医療費通知)			□後発医薬品差額通知		
□資格	□賦課	□収納													
給付															
(□全て □減額査定通知 □医療費通知)															
□後発医薬品差額通知															
送付を 止める 帳票 (止めるものに <input checked="" type="checkbox"/>)		<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		年 月 日 から													
		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)