

後期高齢者医療制度 各帳票送付先変更申請

世羅町長 様

後期高齢者医療制度の各帳票について、次の通り送付先を変更していただくようお願いします。

被保険者番号	
被保険者名	
住 所	世羅郡世羅町大字
変更の理由	

↓

変更送付先住所	〒 ー
電 話 番 号	
本人でない場合の受取人	
本人でない場合の続 柄	配偶者・子・親・兄弟姉妹・甥姪・成年後見人・保佐人・他( )
変更する送付書類	<input type="checkbox"/> 全ての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類（保険証、限度額認定証等の送付など） <input type="checkbox"/> 給付に関する書類（高額療養費等の申請、支給通知など） <input type="checkbox"/> 賦課・収納に関する書類（保険料の納付、還付など）

上記のとおり届け出ます。なお、記載事項に虚偽がない事を誓います。

また、送付先変更によって生じた問題についての一切の責任を負います。

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

※郵送による申請の場合は、本人確認書類(運転免許証、保険証等)の写しを添付してください。

町 処 理	資 格	<input type="checkbox"/> 広域 資格管理帳票	給 付	<input type="checkbox"/> 広域 給付管理帳票 <input type="checkbox"/> 広域 減額審査通知 <input type="checkbox"/> 広域 医療費通知 <input type="checkbox"/> 広域 後発医療品	賦 課	<input type="checkbox"/> RKK <input type="checkbox"/> MCWEL <input type="checkbox"/> 広域 賦課管理帳票 <input type="checkbox"/> 広域 収納管理帳票	本人 確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------	--------	------------------------------------	--------	--	--------	--	----------	---

送付先変更終了日 年 月 日 ( 死亡・転出・申出・他 )