

後期高齢者医療被保険者証等送付先登録申請書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者名		本人との関係	
届出者住所	市・郡	町・村	
連絡先電話番号	()		

被保険者番号			
被保険者住所		【方書】	
被保険者氏名		㊟	
送付先 (新規・変更)	宛先	〒 都道府県	
		【方書】	
	フリガナ		【被保険者との続柄】 1 本人 2 届出者と同じ 3 その他 ()
	氏名		
	電話	()	
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 親の介護のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
変更期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
備考	<input type="checkbox"/> 同居親族がない <input type="checkbox"/> 取りに行く人がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない		