

後期高齢者医療資格確認書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・区・郡	町・村	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
被 保 険 者	住 所	【方書】	
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年
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"/> 判断力の低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 同居親族がいない <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 <input type="checkbox"/> その他()		
変更期間	年 月 日 から	年 月 日	まで
書類種別	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 賦課・収納関係（保険料の通知等） <input type="checkbox"/> 資格関係（資格確認書等） <input type="checkbox"/> 給付関係（支払い決定通知書等） <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品 <input type="checkbox"/> 減額査定通知		