

後期高齢者医療送付先変更届(□新規 □変更 □解除)

被 保 険 者	被保険者番号			
	(フリガナ) 氏 名		生年 月 日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日
	住 所	〒 -		
送 付 先	(フリガナ) 氏 名		TEL	
	住 所	〒 - (40字以内)		
	被保険者との関係			
	理 由			
種 別		□全部 / □一部(□資格 □賦課 □徴収 □給付 □医療費通知 □後発医薬品)		

富山県後期高齢者医療広域連合長 宛て

上記のとおり、被保険者にかかる後期高齢者医療関係書類を送付先に送付いただきますよう届出ます。
また、変更後の住所に郵便物が届かない場合や連絡がつかない場合は解除されることを了承します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名

※申請者と届け出される方が異なる場合は次の欄もご記入ください。

届 出 者	氏 名			
	住 所			
	被保険者との関係		TEL	

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	本人 確認 書類	1点 書類	□個人番号カード □運転免許証 □運転経歴証明書(H24.4.1以降) □パスポート □障害者手帳等 □在留カード等 □顔写真付きの官公署が発行した身分証明書等 □その他 ()
		2点 書類	□資格確認書 □介護被保険者証 □年金手帳・証書 □官公署が発行した身分証明書等 □その他 () ※2点書類の場合は「漢字氏名」及び「生年月日」又は「住所」が記載されているものに限る。
	代 理 人	□委任状(任意代理人) □登記事項証明書(法定代理人)	
	備 考		

市町村受付印	広域連合受付印