

後期高齢者医療資格確認書等送付先登録申請書

令和 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

届 出 者 住 所		
届 出 者 氏 名		【被保険者との続柄】 ☐ 本人 ☐ 本人以外 ()
連 絡 先 電 話 番 号		

送付先の (登録 ・ 登録変更 ・ 登録解除) を申請します			
被 保 険 者	被保険者番号		
	住 所	大館市	
		【方書】	
	氏 名		
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	
送 付 先	住 所	〒	
		【方書】	
	フリガナ		【被保険者との続柄】 ☐ 本人 ☐ 本人以外 ()
	氏 名		
	連 絡 先		
申 請 理 由		☐ 施設入所のため ☐ 入院のため ☐ 判断力の低下のため ☐ 住所変更・退院等により転送が不要になったため ☐ その他 ()	
変 更 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
書 類 種 別	☐ すべて (一部のみの場合は希望するものをチェック)		
	☐ 資格関係 (資格確認書証等) ☐ 賦課・収納関係 (保険料の通知等) ☐ 医療費通知 ☐ 給付関係 (支払決定通知書等) ☐ 減額査定通知 ☐ 後発医薬品関係		

標準
MC
Excel

後期高齢者医療資格確認書等送付先登録申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

届 出 者 住 所	秋田市山王4丁目2番3号	
届 出 者 氏 名	広域 太郎	【被保険者との続柄】 □本人
連絡先電話番号	018-853-7155	☒ 本人以外（ 子 ）

送付先の		登録・登録変更・登録解除) を申請します	
被保険者	被保険者番号	01234567	
	住 所	大館市字中城 2 0 番地	
		【方書】	
	氏 名	広域 一郎	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 2 4 年 3 月 5 日	
送付先	住 所	〒010-0951	
		秋田市山王 4 丁目 2 番 3 号	
		【方書】秋田県市町村会館 1 F	
	フリガナ	コウイキ タロウ	【被保険者との続柄】
	氏 名	広域 太郎	☐ 本人 ☒ 本人以外 (子)
	連 絡 先	018-853-7155	
申 請 理 由		☐ 施設入所のため ☐ 入院のため ☒ 判断力の低下のため ☐ 住所変更・退院等により転送が不要になったため ☐ その他 ()	
変 更 期 間		令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 年 月 日 まで	
書 類 種 別		☒ すべて (一部のみの場合は希望するものをチェック) ☐ 資格関係 (資格確認書証等) ☐ 賦課・収納関係 (保険料の通知等) ☐ 医療費通知 ☐ 給付関係 (支払決定通知書等) ☐ 減額査定通知 ☐ 後発医薬品関係	

標準

MC

Excel