

後期高齢者医療 送付先登録（追加・変更・取消し）申請書

被保険者	被保険者番号	氏名	生年月日
			明治 大正 昭和 年 月 日
住所	町 丁目 番地 号 〇〇市・町・区		
	(アパート・マンション名、室番号等)		電話 ( ) -
登録事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し		
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理		
送付先 (二つ以上登録する場合は裏面に記載)	(氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ _____ <input type="checkbox"/> 裏面あり    電話 ( ) -		
上記のとおり送付先登録申請します。 令和 年 月 日 窓口に来た人 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 (被保険者との続柄 ) <input type="checkbox"/> 代理人 (被保険者との続柄 ) 住所 <input type="checkbox"/> 送付先と同じ _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 ( ) - (あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長			

確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (No. _____)
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	<input type="checkbox"/> 代理人	

送付先登録追加欄

登録事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理
送付先	(氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 (            )            -
登録事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理
送付先	(氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 (            )            -
登録事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理
送付先	(氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____ 電話 (            )            -