

後期高齢者医療送付先変更届

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

住所

氏名

続柄

後期高齢者医療に係る通知書等の送付先の変更を届け出ます。
なお、本人または家族及び新送付先の居住者（管理者）の同意を得ており、不都合は生じないことを申し添えます。

被 保 険 者	被保険者番号	
	被保険者氏名	
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
新 送 付 先	住 所	〒
	方 書	様方 続柄 ()
	宛 名	続柄 ()
	電話番号	
送付先を変更する帳票 (希望するものに○)		全ての文書 資格 ・ 賦課 ・ 収納 給付 (①医療費通知 ・ ②ジェネリック通知 ・ ①②を含む給付全て)
送付先変更理由 (該当するものに○)		施設入所 ・ 入院 ・ 文書管理困難 ・ 一時的な居所の変更 送付先設定の終了 その他 ()
送付先変更期間		※送付先変更の期間を指定する場合はご記入ください 年 月 日 ~ 年 月 日
備 考		

記入例

後期高齢者医療送付先変更届

令和 3 年 4 月 1 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

住所 長崎県長崎市栄町4番9号

氏名 広域 花子

続柄 長女

後期高齢者医療に係る通知書等の送付先の変更を届け出ます。
なお、本人または家族及び新送付先の居住者（管理者）の同意を得ており、不都合は生じないことを申し添えます。

被保険者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	被保険者氏名	広域 太郎	
	生年月日	明治 大正 昭和	10年 1月 1日
新送付先	住 所	〒 850-0861 長崎県長崎市江戸町2番13号	
	方 書	広域 花子	様方 続柄 (長女)
	宛 名	広域 太郎	続柄 (本人)
	電話番号	△△△-△△△-△△△△	
送付先を変更する帳票 (希望するものに○)	全ての文書 資格 ・ 給付 (①医療費)	変更を希望される通知書等に「○」を付けて下さい。 全ての文書・・・資格・賦課・収納・給付の全て 資格・・・・・・保険証・減額認定証 等 賦課・収納・・・保険料関係文書 給付・・・・・・高額療養費・療養費等の通知、 医療費通知、ジェネリック通知 等	
送付先変更理由 (該当するものに○)	施設入所 ・ 送付先設定の終 その他 (		
送付先変更期間	※送付先変	変更する理由に「○」を付けて下さい。 該当するものがない場合は「その他」に理由をご記入ください。	
備 考			