

後期高齢者医療制度 送付先変更等届書

令和 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住所
届出人
氏名 ⑩
〔被保険者との続柄： 〕

次により、後期高齢者医療に係る帳票の送付先の変更等を届け出ます。

被保険者	被保険者番号														
	氏名														
旧送付先	住所	〒													
	電話番号														
新送付先 (必要に応じて〇〇様方まで記入)	住所	〒													
	電話番号														
送付先を 変更する 帳票 (変更するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 全て変更 個別に変更 { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>資格</td> <td><input type="checkbox"/>賦課</td> <td><input type="checkbox"/>収納</td> </tr> <tr> <td colspan="3">給付</td> </tr> <tr> <td colspan="3">〔<input type="checkbox"/>全て <input type="checkbox"/>減額査定通知 <input type="checkbox"/>医療費通知〕</td> </tr> <tr> <td colspan="3">〔<input type="checkbox"/>後発医薬品差額通知〕</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> 賦課	<input type="checkbox"/> 収納	給付			〔 <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知〕			〔 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知〕				
<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> 賦課	<input type="checkbox"/> 収納													
給付															
〔 <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知〕															
〔 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知〕															
送付を 止める 帳票 (止めるものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品差額通知														
変更する期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで												

※すでに発送準備が整っている書類に関しては、変更前の住所に届く場合があります。

備考 (送付先変更する理由等)