

後期高齢者医療関連通知送付先申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、後期高齢者医療に関する諸通知の送付先の（登録・変更・廃止）を申請いたします。

			申請年月日	平成 年 月 日
提出者 <small>(窓口に来た方)</small>		確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
提出者住所 <small>提出者が被保険者本人である場合は記載不要</small>	〒 都・道・府・県 市・町・村 電話番号 — —			

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ	生年月日		
	氏名	明・大・昭 年 月 日		
	住所	〒 都・道・府・県 市・町・村 電話番号 — —		

送 付 先	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒 都・道・府・県 市・町・村 電話番号 — —		

送付先設定業務	<input type="checkbox"/> 資格管理（被保険者証） <input type="checkbox"/> 給付管理（療養費関係） <input type="checkbox"/> 賦課管理・収納管理（保険料納付書）
有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
申請理由	