

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	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	年	月	日	～	年	月 日
申請理由						