

後期高齢者医療関係書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、後期高齢者医療関係書類の送付先の(□登録/□変更/□終了)を申請(届出)します。

なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないことを確約します。

また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請・届出します。

|                              |                                                                                                                                                                         |               |                                       |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|
| 申請 (届出)<br>年 月 日             | 年 月 日                                                                                                                                                                   | 申請者等<br>確認書類  | 書類名: 免(経)・マイ・パ・障・保・介・<br>資格確認書・その他( ) |
| 申請者等<br>氏 名                  |                                                                                                                                                                         | 被保険者との<br>続 柄 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人       |
| 申請者住所<br>(届出者住所)             | <input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ                                                                                                                                      |               |                                       |
|                              | 電話番号 ( ) -                                                                                                                                                              |               |                                       |
| 申請 (届出)<br>の 理 由             | <input type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                            |               |                                       |
| 開 始 日                        | <input type="checkbox"/> 申請日から <input type="checkbox"/> 年 月 日から                                                                                                         |               | ※遡及不可                                 |
| 終 了 日                        | <input type="checkbox"/> 年 月 日まで<br><input type="checkbox"/> 送付先変更申請(終了届出)があるまで                                                                                         |               |                                       |
| 書 類 区 分<br>(□にレ印をして<br>ください) | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関するすべての書類                                                                                                                              |               |                                       |
|                              | ※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。<br><input type="checkbox"/> 資格管理帳票 <input type="checkbox"/> 賦課管理帳票 <input type="checkbox"/> 収納管理帳票 <input type="checkbox"/> 給付管理帳票 |               |                                       |

|                  |        |                                                                         |  |  |  |  |  |  |      |                        |
|------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|------|------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |                                                                         |  |  |  |  |  |  |      |                        |
|                  | フリガナ   |                                                                         |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和・(西暦)<br>年 月 日 |
|                  | 氏 名    |                                                                         |  |  |  |  |  |  |      |                        |
|                  | 住 所    | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ (申請者様方)<br>様方<br>電話番号 ( ) - (その他施設名等) |  |  |  |  |  |  |      |                        |

|                       |      |                                                                         |  |
|-----------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 変<br>更<br>送<br>付<br>先 | フリガナ |                                                                         |  |
|                       | 氏 名  | 被保険者に同じ                                                                 |  |
|                       | 住 所  | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ (申請者様方)<br>様方<br>電話番号 ( ) - (その他施設名等) |  |

----- 以下市(区)町記入欄 -----

|                       |                                                                                                                                                                    |     |                                     |                          |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------------------------|
| 受付日                   | 年 月 日                                                                                                                                                              | 受付者 |                                     |                          |
| 意<br>思<br>確<br>認<br>欄 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 電話確認 <input type="checkbox"/> その他(書類確認等)<br><input type="checkbox"/> 意思確認不能 (確認者: )<br>～その他確認書類名又は意思確認不能理由等～ |     | 登録お知らせ<br>通知差止チェック                  | <input type="checkbox"/> |
|                       |                                                                                                                                                                    |     | 理由等(送付すべきでない特別な理由がある場合のみ通知を差し止めます。) |                          |