

記入例

保険証の一番上に書いてある8桁の数字です。

別様式3

後期高齢者医療(送付先登録(追加・変更・取消し)申請書

被保険者	被保険者	号	氏名	性別	生年月日
	1 2 3 4 5 6 7 8		掛川 一郎	男 女	明治 大正 昭和 13年 1月 1日
住所	掛川市長谷一丁目1番地の1 (アパート・マンション名、室番号等)			電話	(0537) 21-1143
	登録事由	<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消し			
帳票管理区分	該当する区分にレ点をしてください。後期高齢者医療保険に関するすべての書類の送付先を登録する場合は、すべての区分にレ点を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 資格管理 (保険証など) <input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理 (保険料額決定通知書など) <input checked="" type="checkbox"/> 収納管理 (納付書など) <input checked="" type="checkbox"/> 給付管理 (療養費支給決定通知書など)				
送付先 (二つ以上登録する場合は裏面に記載)	(氏名) 掛川 二郎 (住所) 〒436-8502 掛川市杉谷南一丁目1番地の1 (アパート・マンション名、室番号等) 電話 (0537) 22-6211				
<input type="checkbox"/> 裏面あり	上記とおりに送付先登録申請します。 年 月 日 窓口に来た人 氏名 掛川 二郎 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 (受給者との続柄) <input checked="" type="checkbox"/> 代理人 (受給者との続柄 子) 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 送付先と同じ (アパート・マンション名、室番号等) 電話 () - (あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長				

後期高齢者医療保険に関する書類すべての送付先を変える場合は、すべてにチェックを入れてください。

帳票ごとに送付先を登録する場合は、裏面にそれぞれの送付先をご記入ください。

住所と送付先が同じ場合は、チェックだけ入れて、住所は書く必要ありません。

郵送で提出される場合は、運転免許証などの確認書類のコピーを添付してください。

確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (No.)
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員	<input type="checkbox"/> その ()
	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> その ()

(裏面)

送付先登録追加欄

登録事由	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消し
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 給付管理	<input type="checkbox"/> 賦課管理	<input type="checkbox"/> 収納管理
送付先	(氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____		
	電話 () -		
登録事由	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消し
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 給付管理	<input type="checkbox"/> 賦課管理	<input type="checkbox"/> 収納管理
送付先	(氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____		
	電話 () -		
登録事由	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消し
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 給付管理	<input type="checkbox"/> 賦課管理	<input type="checkbox"/> 収納管理
送付先	(氏名) _____ (住所) 〒 _____ (アパート・マンション名、室番号等) _____		
	電話 () -		