

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 宛

住 所

届出人

氏 名

[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 | 〒 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 宛 名 | | | | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | |
| 送付先を 変更 する帳票 (変更するものに☑) | <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 <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 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)

| |
|--|
| |
|--|