

- 後期高齢者医療
- 日高川町介護保険

}にかかるとの通知書等の送付先変更申請書

令和 年 月 日

- 和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様
- 日高川町長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	後期被保険者番号																	生年月日	明治・大正・昭和	
	介護被保険者番号																		年 月 日	
	フリガナ																性別		男 ・ 女	
	氏名																電話番号 ()			
	住民登録地	〒 住所																	電話番号 ()	
	施設・病院へ 入院している 場合のみ記入	施設・病院名																		
所在地等		〒 住所																	電話番号	

これからの送付先を次のとおりとしてください。なお、送付先を住民登録地へ戻す場合は、記入の必要はありません。(注 送付先となる方の了承を得てください。)

送 付 先 設 定 欄	施設・病院等を 送付先とする 場合	施設・病院名																	
		所在地等	〒 住所																
	居所または親 族の住所等を 送付先とする 場合	世帯主等氏名																	
		送付先住所等	〒 住所																
送付先変更日		令和 年 月 日																	

申請理由	
------	--

申 請 者	フリガナ																生年月日	明治・大正・昭和・平成	
	氏名																	年 月 日	
	住所等	〒 住所																	電話番号
	被保険者との 続柄																		
	施設・病院等の職 員の場合は事業 所名等	事業所名																	
		〒 所在地	〒 住所																
申請者の身分 を証明する物	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ ()																		

本人以外の者からの申請は、本人の同意が必要です。

被保険者本人の 同意欄	被保険者本人署名
同意が得られない 場合の理由	