

記入例

後期高齢者医療送付先申出書

令和〇年〇月〇日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

〒787-8501

申出者 被保険者住所 四万十市中村大橋通4丁目10番地

被保険者氏名 後期 太郎

代理人住所 四万十市中村大橋通2丁目3番地

代理人氏名 四万十 花子 続柄 長女

代理人電話番号 0880-33-3333

後期高齢者医療に係る各証及び各種通知書等の送付先について、申し出ます。

被保険者番号	01234567	氏名	後期 太郎
生年月日	昭和15年1月23日	電話番号	0880-33-1111
住所	〒787-8501 四万十市中村大橋通4丁目10番地		
送付区分	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理 ←保険証等に関する通知 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：資格管理 <input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理 ←保険料額等に関する通知 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：賦課管理 <input checked="" type="checkbox"/> 収納管理 ←納付された保険料に関する通知 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：収納管理 <input checked="" type="checkbox"/> 給付管理 ←高額療養費等給付に関する通知 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：給付管理 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費通知 ←受診された医療費に関する通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知送付抑止		
有効期間	令和〇年〇月〇日～令和 年 月 日		
申出理由	高齢で郵便物の管理が難しいため		
送付先	住所	〒787-0033 四万十市中村大橋通2丁目3番地	
	フリガナ	シマント ハナコ	
	氏名	四万十 花子	
	電話番号	0880-33-3333	被保険者との続柄

有効期間を設定してください。
指定がない場合は四万十市での
受付日が有効期間の開始日となり、
終了日は設定されません。