

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	〒										
	電 話 番 号											
送付先を 変更する 帳票 (変更するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<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 checked="" type="checkbox"/>)	<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)