

後期高齢者医療送付先変更届書

| | | | |
|---------|--|--------|--|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 連絡先電話番号 | | | |

| | |
|--------|----------------|
| 被保険者番号 | |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |

| | |
|-----------------|--|
| 住所 (住民票上の住所) | |
|-----------------|--|

| | | | |
|----------------------------|--------|--|---------------------------|
| 送付先に関する こと | 新たな送付先 | 郵便番号 | |
| | | 送付先住所 | ○現住所に送付先を戻す場合は現住所と記入すること。 |
| | | 送付先宛名 | |
| | 現在の送付先 | 郵便番号 | |
| | | 送付先住所 | ○現住所以外の場合記入すること。 |
| | | 送付先宛名 | |
| 変更する書類 該当する□にレ印を記入すること。 | | <input type="checkbox"/> 資格関係帳票 <input type="checkbox"/> 賦課関係帳票 <input type="checkbox"/> 給付関係帳票 <input type="checkbox"/> 収納関係帳票 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品通知 | |

| | |
|---|--|
| 通知の有無 ※無の場合、データ自作作成 しません。ご注意ください。 | 医療費通知の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ 無 後発医薬品通知の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ 無 |
|---|--|

| | |
|--------------|---------------|
| 上記事由開始・終了年月日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|--------------|---------------|

| | |
|------|--|
| 変更理由 | |
|------|--|

| |
|--|
| 徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿 上記のとおり、届出します。 令和 年 月 日 |
|--|

| | | | | | | | | | |
|------------|---------------|---|---|-------------|---------------|---|---|-------------|--------------------------|
| 市町村 処理欄 | システム 入力年月日 | . | . | 広域連合 処理欄 | 広域連合 受付年月日 | . | . | システム 確認済 | <input type="checkbox"/> |
|------------|---------------|---|---|-------------|---------------|---|---|-------------|--------------------------|

(裏面)

【 記 入 不 要 】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にする)こと。

| | | | | |
|----------------------------|--|--|---|--|
| 市 町 村 処 理 欄 | 個人番号確認 | 身元確認(A' 1点 A2点 B2点は不可) | | |
| | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員が記載 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/> |
| | 代理権の確認 | 代理人の身元確認(A' 1点 A2点 B2点は不可) | | |
| | <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証 <input type="checkbox"/> 申請者の資格確認書 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証(後期以外) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書・年金手帳 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5) | |
| | | | <input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5) | |