

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の本人確認書類を添付してください。

次のとおり、後期高齢者医療関係書類の送付先の(☒ 登録/ ☐ 変更/ ☐ 終了) を申請(届出) します。

なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないことを確約します。

手続きされる方についてご記入ください。

被保険者以外が申請する場合は委任状が必要です

また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請

申請(届出) 年 月 日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日	申請者等 確認書類	書類名: 免(経)・マイ・バ・障・保・介・ 資格確認書・その他()
申請者等 氏 名	芦屋 太郎	被保険者との 続 柄	☐ 被保険者本人 本人
申請者住所 (届出者住所)	〒 659 - 0000 芦屋市〇〇町〇〇番〇〇号 電話番号 (0797) 〇〇 - 0000		
申請(届出) の理由	☒ 書類管理ができないため ☐ 本人死亡のため ☐ 入院・入所中のため ☐ その他()		
開 始 日	☒ 申請日から ☐ 年 月 日から	※遡及不可	
終 了 日	☐ 年 月 日まで ☒ 送付先変更申請(終了届出)があるまで		
書類区分 (☐ にレ印をして ください)	☒ 後期高齢者医療に関するすべての書類 ※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。 ☐ 資格管理帳票 ☐ 賦課管理帳票 ☐ 収入印紙帳票		

被保険者についてご記入ください。

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	生年月日	明治・大正・昭和(西暦)
	フリガナ	アシヤ タロウ		〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏 名	芦屋 太郎		
	住 所	〒 659 - 0000 芦屋市〇〇町〇〇番〇〇号 電話番号 (0797) 〇〇 - 0000		

送付先についてご記入ください。

変 更 送 付 先	フリガナ		☐ 申請者住所と同じ(申請者様方) 芦屋 次郎 様方 (その他施設名等)
	氏 名	被保険者に同じ	
	住 所	〒 659 - 1111 芦屋市××町××番××号 電話番号 (0797) ×× - ××××	

以下市(区)町記入欄

芦屋市記入欄