

後期高齢者医療送付先申出書

令和 6 年 11 月 1 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申出者 被保険者住所 仁淀川町大崎200番地

被保険者氏名 仁淀川 太郎

代理人住所 仁淀川町森2552番地1

代理人氏名 池川 一子 続柄 長女

代理人電話番号 0889-32-1111

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	09876543	被保険者氏名	仁淀川 太郎
被保険者 生年月日	大正 6 年 11 月 1 日 昭和	電話番号	
送付先	〒781-1592 高知県吾川郡仁淀川町大崎200番地		
資格管理 賦課管理 収納管理 給付管理 医療費通知	※資格者証等の発送先の変更の場合は、資格管理に✓を、高額医療費の還付等の関係の送付先変更の場合は、給付管理へ✓を入れてください。		
有効期間	令和 6 年 11 月 1 日 ~ 令和 年 月 日		
申出理由	☐ 長期入院中につき、郵便物の受け取りが困難なため ☐ 高齢のため、書類の管理が困難なため ☐ その他()		
住所	〒		
フリガナ			
氏名			
電話番号			
送付先	□ 申出代理人と同じ □ 申出代理人と新たな送付先が同じ場合は、「□ 申出代理人と同じ」に☑をし、氏名・フリガナを記入してください。 申出代理人と新たな送付先が異なる場合は住所・氏名・電話番号・続柄を記入してください。		
続柄			

受付方法	処理日	課長	課長補佐	係長	係	係(税)
本・池・仁 窓口・郵送						

