

後期高齢者医療送付先申出書

平成 年 月 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

被保険者氏名 ㊦

代理人住所

代理人氏名 ㊦ 続柄

代理人電話番号

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		氏 名	
生年月日	年 月 日	電話番号	
住 所	〒		
送付区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知送付抑止		
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
申出理由			
送付先	住 所	〒	
	フリガナ		
	氏 名		
	電話番号		被保険者との続柄