

## 後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更届出書 ( 新規 ・ 変更 ・ 廃止 )

被保険者番号								
被保険者本人	ふりがな				生年月日	明・大・昭 . .	性別	男・女
	氏名							
	住所							
送付先	ふりがな				連絡先			
	氏名 (あて名)				電話番号			
	住所	〒  方						
送付先変更の理由 (具体的にご記入ください)								
対象書類		<input type="checkbox"/> 資格管理帳票 (被保険者証、基準収入額適用申請のお知らせ等) <input type="checkbox"/> 賦課管理帳票 (保険料額決定通知書、簡易申告書等) <input type="checkbox"/> 収納管理帳票 (納入通知書、納付書、督促状等) <input type="checkbox"/> 給付管理帳票 (高額医療費申請書、支給決定通知等) <input type="checkbox"/> その他						
対象期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
湯河原町長 殿		(届出日)						
上記のとおり届出いたします。		令和 年 月 日						
(届出人) 氏名		被保険者との続柄						
住所		連絡先電話番号						

※注意 送付先の変更については、被保険者の方が別の市町村に転出した場合は、転出先の市町村において再度届出が必要となりますのでご注意ください。

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 国保証 <input type="checkbox"/> 介護証 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
						収受印