

後期高齢者医療制度 書類等送付先変更 設定・解除届

届出日 令和 年 月 日

船橋市長 あて

住所
申請者 氏名
電話番号 ()
被保険者との関係

当該被保険者に対する後期高齢者医療資格確認書等については、下記の事由により現住所地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（またはその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被 保 険 者	被保険者番号								
	被保険者名								
	生年月日	年 月 日							
	現住所 (住民票上の住所)	船橋市							
	連絡先	電話番号 ()							
送 付 先	フリガナ						続柄		
	宛先氏名 ※20文字以内で記入してください								
	送付宛先住所	〒							
	連絡先	電話番号 ()							
送付先変更の理由 ※該当箇所に○をしてください	1. 病院・施設等への入院・入所など 2. 本人管理困難 3. 成年後見人・保佐人等の認定 4. 送付先変更の解除 5. 被保険者本人の死亡 6. その他 ()								
書類種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 給付関係書類 <input type="checkbox"/> 保険料関係書類								
送付希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで ・ 永年								

以下記入不要です

受付印	受付者名	システム入力者		入力確認者	
		広域連合	GPrime	広域連合	GPrime