

後期高齢者医療 資格確認書等送付先 変更
変更解除 届出書

被保険者番号			
フリガナ			
被保険者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住民票上の住所	函館市		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 〒 -		
方書			
連絡先電話番号	①	②	
届出理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 成年後見人が受け取る <input type="checkbox"/> 本人死亡（単身世帯等） <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入してください）		

上記のとおり、送付先の変更について届出します。
 なお、この送付先変更に関する届出は、被保険者（または関係者）ならびに送付先に説明済みです。

（宛先）北海道後期高齢者医療広域連合長
 函館市長

令和 年 月 日

届出者
(記入者) 住 所 _____
 氏 名 _____
 被保険者との続柄 _____
 電 話 番 号 _____

※職員記入欄

届出者の本人確認	特記事項	受付印	受付者
<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 運転免許証 ()			
届出者が被保険者ではない場合の 委任の確認方法	<input type="checkbox"/> 後期被保証持参（または資格確認書） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書等		

宛名番号										※右詰め	重度医療	有・無
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------	-----

後 期 端 末	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 修正	<input type="checkbox"/> 適用終了	入力者	確認者	住 基 端 末	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 削除	入力者	確認者
	入力日						入力日				