

被保険者番号	01234567		
フリガナ	ハコダテ	ハナコ	
被保険者氏名	函館 花子		
生年月日	明治・大正・昭和	△	年 △ 月 △ 日
住民票上の住所	函館市 東雲 町 4番 13号		
送付先住所	<input checked="" 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"/> 入院の為 <input type="checkbox"/> 施設入所の為 <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 函館市東雲町4番13号

氏名 函館 花子

函館

被保険者との続柄 本人

電話番号 0138-△△-△△△△

変更解除 記入例

※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"/> 住基カード	<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	<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				