後期高齢者医療送付先変更届書

届　出　者　名		本人との関係	
届　出　者　住　所		連絡先電話番号	

被　保　険　者　番　号		
フ　リ　ガ　ナ		
氏　名		
生　年　月　日	大正　・　昭和　　年　　月　　日	
住　所 （施設名及び施設所在地）	板野郡北島町	
	変更後送付先記入欄（※現住所に送付先を戻す場合は現住所と記入すること。）	変更前(※現住所以外の場合記入すること。）
変更事項 （該当する□にレ印を記入すること。）	１．資格関係帳票 □〔　　〕 ２．賦課関係帳票 □〔　　〕 ３．収納関係帳票 □〔　　〕 ４．給付関係帳票 □〔　　〕 ５．減額査定通知 □〔　　〕 ６．医療費通知 □〔　　〕 ７．後発医薬品通知 □〔　　〕	〔　　〕 〔　　〕 〔　　〕 〔　　〕 〔　　〕 〔　　〕 〔　　〕
通知の有無 ※無の場合、データ自体作成しません。ご注意ください。	医療費通知の有無　□　有　・　無 後発医薬品通知の有無　□　有　・　無	
上記事由開始・終了年月日	年　月　日　～　年　月　日	
変　更　理　由		

徳島県後期高齢者医療広域連合長　殿

上記のとおり、届出します。

令和　　年　　月　　日

市町村処理欄	システム入力年月日	・　・	広域連合処理欄	広域連合受付年月日	・　・	システム確認済	□