

# 〈 記 入 例 〉

提出日を記入してください。  
※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・被保険者との関係を記入の上、捺印してください。  
申請者が被保険者の代理人である場合、依頼を受けた日を記入ください。  
また、この申請書の他に委任状(任意様式)、記入された方の本人確認書類(運転免許証など)の提示が必要です。

被保険者証に記載されていますので確認のうえ記入してください。

送付先を変更する帳票にチェック(レ点)を付けてください。

変更前住所、変更後住所をそれぞれ記入してください。

変更後住所にお住いの受取人の氏名と被保険者との続柄を記入してください。

送付先を変更する理由を記入してください。施設入所のため、認知症のため等。

年 月 日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所

届 出 者  
(記入された方)

氏 名

印

被保険者との続柄  
電話番号

被保険者から依頼を受けた日 ( 年 月 日 )

送 付 先 変 更 届 出 書

送付先に有効期限を指定する場合のみ記入してください。

後期高齢者医療広域連合からの送付物について、下記のとおり送付先の

フリガナ	コウイキ タロウ	有効期限を指定する場合	年 月 日まで							
被 保 険 者 氏 名	広 域 太 郎	被 保 険 者 番 号	0	1	2	3	4	5	6	7
生 年 月 日	明・大・昭 3 年 2 月 1 日	性 別	男 ・ 女							
設 定 す る 帳 票	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 収納 <input type="checkbox"/> 給付									
変 更 前 送 付 先 住 所	〒 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺 3333 番地 特別養護老人ホーム にいじ 電話番号： - -									
変 更 後 送 付 先 住 所 (施設の場合は施設名まで)	〒 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺 1870 番地 電話番号： - -									
変 更 後 送 付 先 住 所 の 受 取 人	広 域 一 郎	変 更 す る 方 と の 続 柄	子							
理 由	施設入所のため									

※委任状を添付される場合、届出者は代理人になります。

※この届出後は、変更後の住所に送付されますので、変更した送付先を更に変更される場合は、再度送付先変更の届出が必要になります。

〔市町記入欄〕

市町(支所)名〔 〕	受付日〔 . . . 〕	受付者名〔 〕	・郵送
申請者確認方法 ( 下記 番で確認 )	交付方法 : 窓口 ・ 郵送		
①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示    ②被保険者からの委任状持参 ③申請補助通知・介護保険被保証等複数の公的書類    ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示    ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ( )			
番号確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード    ②通知カード    ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認		

〔広域連合処理欄〕

受付日		業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当	備考 <input type="checkbox"/> 確認
-----	--	------	-----	----	-------	----	-----------------------------------

記入しないでください。