

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

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

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変更を届出ます。

フリガナ		有効期限を指定する場合	年 月 日まで			
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号				
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日					
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	〒 電話番号： - -					
変 更 後 送 付 先 住 所 (施設の場合は施設名まで)	〒 電話番号： - -					
変 更 後 送 付 先 住 所 の 受 取 人			変 更 す る 方 と の 続 柄			
理 由	----- -----					

※被保険者本人以外の方が届出される場合は、別紙の委任状を添付してください。

※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 番で確認	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申請勧奨通知・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 ( )	

〔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
-----	--	------	-----	----	-------	----	-----------------------------------

# 後期高齢者医療に係る委任状

年 月 日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

《被保険者・委任者》住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

《代理人》住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 記

### 1 委任する申請又は届出

\_\_\_\_\_

[委任する申請又は届出の記載例]

- ・後期高齢者医療資格に係る申請及び届出に関する件
- ・後期高齢者医療に係る文書等の送付先の変更に関する件
- ・後期高齢者医療給付に係る申請及び届出に関する件

### 2 前項の委任をした申請又は届出により付帯して必要となる申請又は届出等に関する件

### 3 第1項の委任をした申請又は届出により付帯して必要となる受領に関する件

※ 代理人の方は、申請又は届出時に下記のものをご持参ください。

- ・運転免許証等の顔写真入りの身分証明書
- ・広域連合からの委任者宛ての勸奨通知等
- ・入所施設等職員であれば写真入りの職員証等
- ・成年後見人等であれば公正証書等