

後期高齢者医療 送付先（変更）届出書

令和 年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 様

届出人 { 住所 _____
 氏名 _____ 印

後期高齢者医療に関する帳票の送付先を次のとおり届け出ます。

被 保 険 者	被保険者番号							
	氏 名							
	生 年 月 日	明	・	大	・	昭	年	月
新 送 付 先	住 所							
	宛て名	(フリガナ)						
	電話番号	()						
	続 柄							
送付先を変更する帳票 希望する帳票に○ をつけてください。	<input checked="" type="checkbox"/> すべて (7項目の帳票すべて) 資格 賦課 収納 給付 支給決定通知 医療費通知 後発医薬品							