

# 後期高齢者医療送付先届出書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様  
 鯖江市長 様

次のとおり、送付先の 変更 を届出します。

<b>対象者</b>														
被保険者番号												フリガナ		
氏名														

内 容			送 付 先				届出期間	
<input type="checkbox"/>	納付通知 賦課・収納に関する帳票	①賦課変更決定通知書兼納入通知書 ②還付請求書 等	住所	〒			年 月 日 ～ **年 **月 **日	
			宛名	フリガナ	TEL			
<input type="checkbox"/>	給付通知 給付に関する帳票	高額療養費支給決定通知書 (対象となる方のみ)	住所	〒			年 月 日 ～ **年 **月 **日	
			宛名	フリガナ	TEL			
<input type="checkbox"/>	上記通知すべて		住所	〒			年 月 日 ～ **年 **月 **日	
			宛名	フリガナ	TEL			
届出の理由			被保険者死亡のため					

届出者	届出日	年 月 日			
	氏名			本人との関係	
	住所	〒			
電話番号					

- (注意) 1. この届出書は、後期高齢者医療被保険者の相続人で十分協議のうえ、提出してください。  
 2. 相続関係がわかる書類（戸籍謄本など）の提出を求める場合があります。