

後期高齢者医療関係書類送付先変更申請書

該当者 (被保険者)	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
	住 所	山口市大手町9-11							
	フリガナ 氏 名	広城 太郎				明・大・昭 17年 1月 1日生			
送 付 先	住 所	〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○番地○ 電話番号 (○○○) ○○○-○○○○							
	フリガナ 氏 名	広城 花子				被保険者との 関係(続柄等)		長女	
変更送付 有効期間	令和 3 年 3 月 22 日 ~ 令和 3 年 4 月 30 日								
申請理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1. 入院中のため</p> <p>2. その他 ()</p> </div>								
<p>送付先の変更を希望する書類(希望のものにレ点を付けてください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 資格関係の通知 (被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証など) <input checked="" type="checkbox"/> 保険料に関する通知 <input checked="" type="checkbox"/> 納付関係の通知 <input checked="" type="checkbox"/> 支給関係の通知 (医療費通知、高額療養費など) 									
<p>山口市長 様</p> <p>上記のとおり送付先の変更を申請します。</p> <p>なお、申請内容に変更のある場合には、必ず届け出をします。</p> <p>令和 3 年 3 月 22 日</p> <p style="text-align: center;">【申請者】 住 所 山口市大手町9-11</p> <p style="text-align: center;">氏 名 広城 太郎</p> <p style="text-align: center;">被保険者との関係(続柄等) 本人</p> <p style="text-align: center;">電話番号 (○○○) ○○○-○○○○</p> <p>※郵便物が届かない場合又は市(町)外へ転出された時点で、この申請は無効となります。</p> <p>※希望用件以外でも上記送付先に連絡する場合がありますので、予めご了承ください。</p>									