

# 後期高齢者医療送付先申出書

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申出者	被保険者住所
	被保険者氏名
	代理人住所
	代理人氏名 続柄
	代理人電話番号

後期高齢者医療に係る各証及び各種通知書等の送付先について、申し出ます。

被保険者番号		氏名	
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	〒		
送付区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> 相続放棄通知拒否：給付管理 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知送付抑止		
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
申出理由			
送付先	住所	〒	
	フリガナ		
	氏名		
	電話番号	被保険者との続柄	