

後期高齢者医療送付先変更(変更・廃止)届出書

受付者	入力者

令和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

届出者

住所

氏名

本人との関係 ( )

次により、後期高齢者医療に係る帳票の送付先の変更(変更・廃止)を届け出ます。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号								
	(フリガナ) 氏 名								
	住 所	〒 -							
	電 話 番 号	( ) -							
送 付 先	(フリガナ) 氏 名	本人との関係 ( )							
	住 所	〒 -							
	電 話 番 号	( ) -							
有 効 期 間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
送付先を変更(変更廃止)する 帳票(希望するものに○)		全て 資格 賦課 収納 給付 減額査定 医療費 後発							
備 考									