

受付印

送付先設定 (変更 ・ 取消) 届出書

被保険者番号								
フリガナ								
氏名							性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和		年		月		日	
住所 (方書・施設名等)								

送付先	住所 (方書・施設名等)	〒 -	
	フリガナ		被保険者との続柄
	宛名氏名	様方	
	電話番号	()	

事由	新規設定	変更届出	取消届出
申請理由			
設定区分	資格管理	賦課管理	収納管理 給付管理

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり送付先設定 (変更 ・ 取消) を届出します。

平成 年 月 日 住所

届出者 氏名

連絡先 (電話)

< 本人確認 >
書類名 :
番号 :

備考		
----	--	--

受付	入力	広域確認

標準システムへの入力に関する注意事項

『氏名』欄は被保険者名を入力 (死亡の場合は宛名氏名)

『住所』欄は送付先の住所+宛名氏名 (様方) を入力 (死亡の場合は送付先の住所+被保険者名 (様分))