送付先変更申出書

令和　　年　　月　　日

関市長　様

岐阜県後期高齢者医療広域連合長　様

届出者　〒

住　所

フリガナ　　被保険者
氏　名　　との続柄

電話番号

被保険者　〒

住　所

フリガナ

氏　名

生年月日　T ・ S ・ H　　年　　月　　日

電話番号

□　国民健康保険
□　介 護 保 険　　制度に関する書類の送付先を次のとおり変更してください。
□　後期高齢者医療

内　容	送付先				
□ すべて □ 資格関係 □ 保険料(税) □ 給付	住　所	〒　　□　届出者と同じ			
	フリガナ 氏　名	□　届出者と同じ 様方		被保険者 との続柄	
	電話番号	自宅		携帯	

□　国民健康保険
□　介 護 保 険　　制度に関する書類の送付先の設定を解除してください。
□　後期高齢者医療

[市処理欄]

届出者身分確認：免許証・個人番号カード・その他（　　）

課長	課　　員	照合	担当	被保険者番号	入力日

被保険者住非キー（　　）