

受付印

## 送付先設定（変更・取消）届出書

フリガナ	
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住所 (方書・施設名等)	
設定区分	<input type="checkbox"/> 介護保険（被保険者番号） <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険（被保険者番号） <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 収納 <input type="checkbox"/> 給付

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

事由	<input type="checkbox"/> 新規設定 <input type="checkbox"/> 変更届出 <input type="checkbox"/> 取消届出
申請理由	

松山市長 様 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。

なお、この送付先設定に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先（前送付先を含む）に同意済であり、変更により生じた問題に対する責任は届出者および申請代理人が負うことに同意します。

令和 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：
------------------------------

受付窓口： <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 総窓 <input type="checkbox"/> 支所（来庁・郵送） <input type="checkbox"/> 高齢へ原本回付 <input type="checkbox"/> 介護へ写し回付（ 年 月 日）
---

受付	入力	広域確認

