

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	☐ 介護保険（被保険者番号 ☐ 保険料 ☐ 受給者 ☐ 給 付 ☐ 後期高齢者医療保険（被保険者番号 ☐ 資 格 ☐ 賦 課 ☐ 収 納 ☐ 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	☐ 新規設定 ☐ 変更届出 ☐ 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

本人との関係：

連絡先（電話）

＜本人確認＞
書類名：
番 号：
備 考：

受付窓口： ☐ 介護 ☐ 高齢 ☐ 総窓 ☐ 支所（来庁・郵送） ☐ 高齢へ原本回付 ☐ 介護へ写し回付（ 年 月 日）		
受 付	入 力	広域確認

