

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

平成 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	〒 ー
	電話番号	() ー
送 付 先	(フリガナ) 氏名	本人との関係 ()
	住所	〒 ー
	電話番号	() ー
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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		