

後期高齢者医療送付先変更(変更 ・ 廃止)届出書

入力者	受付者

令和 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	〒
	電 話 番 号	() -
送 付 先	(フリガナ) 氏 名	本人との関係()
	住 所	〒 -
	電 話 番 号	() -
有 効 期 間		令和 年 月 日 ~ 令和 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		