

# 後期高齢医療保険・介護保険関連通知等送付先設定申請書

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様  
栗東市長 様

次のとおり、後期高齢医療制度・介護保険制度に関する通知等の送付先の設定を申請いたします。

ふりがな

届出人氏名

届出人住所 〒

被保険者との関係

電話番号

## ● 被保険者について（誰の送付先設定申請を行うか記入してください）

|                  |                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |         |      |
|------------------|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------|---------|------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号<br>(後期高齢者医療保険) |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |         |      |
|                  | 被保険者番号<br>(介護保険)      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |         |      |
|                  | フリガナ                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 |      |
|                  | 氏 名                   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      | 年 月 日   |      |
|                  | 住 所                   | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |      |         |      |
|                  |                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |         | 電話番号 |

## ● 送付先設定を必要とする通知等について

|                |                                                                                                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送付先設定を必要とする通知等 | 1. 資格・受給に関する書類 {後期・介護}<br>2. 保険料に関する書類 {後期高齢・介護保険}<br>3. 給付に関する書類 {後期高齢・介護保険}      4. 福祉医療関係書類 |
| 開始日            | 年 月 日 から                                                                                       |

## ● 通知等の送付先について ☐ 届出人欄と同じ住所へ送付ください。（し点をしてください）

|             |        |   |          |       |      |
|-------------|--------|---|----------|-------|------|
| 送<br>付<br>先 | フリガナ   |   | 生年月日     | 年 月 日 |      |
|             | 送付先の宛名 |   | 被保険者との関係 |       |      |
|             | 送付先の住所 | 〒 |          |       |      |
|             |        |   |          |       | 電話番号 |

※上記の内容について同意します。

被保険者氏名

☆注意：送付先の住所変更をされた際は、再度この届けが必要となります。