送付先登録（追加・変更・取消し）申請書

被保険者	被保険者番号	氏　　名	性別	生年月日
			男・女	大正 昭和　　年　　月　　日
住　所	富士宮市 （アパート・マンション名、部屋番号等）		電話	（　　） －
登録事由	□ 追　加　□ 変　更　□ 取消し			
帳票管理区分	□ 資格管理　□ 賦課管理　□ 収納管理　□ 給付管理			
送付先	フリガナ　　被保険者との続柄 氏　名 〒 住　所 （アパート・マンション名、部屋番号等） 電　話　（　　）　－			

上記のとおり送付先登録申請します。なお、この申請は関係者で協議の上行い、この件に関して問題が生じた場合は、下記申請者が一切の責任を負うことを承諾します。

令和　　年　　月　　日

申請者　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 被保険者本人
□ 同一世帯員　（被保険者との続柄　　）
□ 代　理　人　（被保険者との続柄　　）

住所　□ 送付先と同じ

（アパート・マンション名、部屋番号等）

電　話　（　　）　－

（あて先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

確認書類	□被保険者本人 □同一世帯員 □代　理　人	□運転免許証（No.　　） □そ の 他（　　）

処理欄	受付者	広域入力	広域確認	市システム	市システム確認	市システム紐付	市システム紐付確認	健診システム入力	健診システム確認