

後期高齢者医療

国民健康保険

介護保険

送付先申請書

宛名番号（市記入）					

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長  
新発田市長

次のとおり、諸通知（後期高齢者医療、国民健康保険、介護保険・高齢者福祉サービス）の送付先の（登録・変更・廃止）を申請いたします。

市記入 （宛名番号）			申請年月日	令和 年 月 日
提出者 （窓口に来た方）		確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（      ）
提出者住所 <small>提出者が被保険者本人である場合は記載不要</small>	都・道・府・県 〒	市・町・村	電話番号	— —

被保険者	被保険者番号 （後期・国保）		被保険者番号 （介護）	
	氏名		生年月日 T・S・H・R	年 月 日
	住所	都・道・府・県 〒	市・町・村	電話番号 — —

※ 送付先が提出者の場合は、送付先の住所・電話番号の記入は不要です。

送付先	氏名		本人との関係	
	住所	都・道・府・県 〒	市・町・村	電話番号 — —

送付先設定業務	<input type="checkbox"/> 後期 資格管理（被保険者証） <input type="checkbox"/> 後期 給付管理（療養費関係） <input type="checkbox"/> 後期 賦課管理・収納管理（保険料）	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 被保険者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 関係通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険、高齢者福祉サービス
有効期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日	
申請理由		

※ 注意事項

送付先を必要としなくなったとき、送付先に変更が生じたときなど、異動があった場合には必ず届出をしてください。