

送付先登録届出書

令和 年 月 日

湯沢市長 様
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様
下記のとおり届出します。

届出者	氏名又は名称	(フリガナ)	【送付先登録者との関係】	
	住所又は所在地	〒		
	生年月日 (個人のみ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	()

送付先登録者	☐ 届出者と同じ (同じ場合は、記載不要です。)			
	氏名又は名称	(フリガナ)	被保険者番号 又は 受給者番号	
	住所又は所在地	〒		
	生年月日 (個人のみ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	()

送付先	☐ 届出者と同じ (同じ場合は、記載不要です。)			
	氏名又は名称	(フリガナ)	【送付先登録者との関係】	
	住所又は所在地	〒		
	生年月日 (個人のみ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	()

届出内容	☐ 新規・変更 ☐ 解除			
	変更年月日 (開始日・変更日・解除日)	令和 年 月 日		
	変更理由	☐ 仕事のため ☐ 入院のため ☐ 施設入所のため ☐ 判断力低下のため ☐ 家庭の事情のため ☐ 同居親族がいない ☐ 郵便局対応ができない ☐ 住民異動届ができない ☐ その他 ()		
	変更する書類	☐ 湯沢市国民健康保険に関する書類全て ☐ 資格確認書または資格情報のお知らせ ☐ 納税通知書 ☐ 給付関係 ☐ その他 () ☐ 秋田県後期高齢者医療に関する書類全て ☐ 資格確認書または資格情報のお知らせ ☐ 納付通知書 ☐ 給付関係 ☐ その他 () ☐ 湯沢市福祉医療(マル福)に関する書類全て		

(注) 届出内容に変更が生じた場合には、再度の届け出が必要です。

以下本市記載欄

<受付時の確認事項> ※有無について確認した場合は、どちらかへ丸すること
☐ 年金に関する書類を住民票上の住所とは異なる場所へ送付を希望する場合は、年金事務所へ届出するよう説明したか
☐ マル福に関する書類の送付先を変更する場合、障害手帳に関する書類の送付先変更の有無について確認したか(有・無)
☐ 後期高齢者医療に関する書類の送付先を変更する場合、介護保険に関する書類の送付先変更の有無について確認し、変更を希望する場合は、介護担当へつないだか(有・無)

受領日	課長	班長	班 員