

保険医療課関係書類送付先変更申出書

年 月 日

安芸高田市長 様

次のとおり、保険医療課関係書類の送付先の変更を届け出ます。

(届出人)

住 所	〒		
氏 名		電話番号	
本人との関係	1 本人 2 家族(続柄) 3 担当介護支援専門員 4 介護サービス提供事業所 5 その他 ()		

(本人との関係が3もしくは4の場合)

所属する事業所名等			
確認を行った親族等	氏名		続柄

希望される項目に☑をしてください。

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護 | <input type="checkbox"/> 重度障害者医療 | <input type="checkbox"/> 精神障害者医療 |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 | <input type="checkbox"/> 乳幼児等医療 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 |

被保険者番号 (介護・後期)		受給者番号 (重度・乳幼児等)	
氏 名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	性別 男・女
現 住 所			

(変更後の送付先)

届出人と同じ住所

送付先住所	〒
方 書	※〇〇様方、特別養護老人ホーム××園内、△△病院内、アパート名 など
電話番号	

(市役所記入欄)

<input type="checkbox"/> 後期高齢担当	<input type="checkbox"/> 介護保険担当	<input type="checkbox"/> 福祉医療担当
<input type="checkbox"/> 基幹システム	<input type="checkbox"/> 標準システム	<input type="checkbox"/> 健康長寿課

入力	確認	受付