送付先設定（ 変更 ・ 取消 ）届出書

受付印

被保険者番号								
フ リ ガ ナ								
氏　　名								

生 年 月 日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
住　　所 （方書・施設名等）	

送付先	住　　所 （方書・施設名等）	〒　　－	
	フリガナ		被保険者との続柄
	宛名氏名	様方	
	電話番号	（　　）	

事　　由	☐ **新規設定**　　☐ **変更届出**　　☐ **取消届出**
申 請 理 由	
設 定 区 分	☐ 資格管理　☐ 賦課管理　☐ 収納管理　☐ 給付管理

愛媛県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり送付先設定（ 変更 ・ 取消 ）を届出します。

年　　月　　日

住　所

届 出 者　氏　名

連絡先（電話）

＜本人確認＞ 書類名： 番　号：

備考	

受　　付	入　　力	広域確認