

国民健康保険

後期高齢者医療被保険者証等 送付先登録申請書 福祉医療

令和 年 月 日

北秋田市長 様
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者名		被保険者との関係	
届出者住所			
連絡先電話番号			

被保険者番号		※福祉医療 法別【 】番号	
被 保 険 者	住 所	【方書】	
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日
送 付 先 (新 規 ・ 変 更)	宛 先	〒	都道 市区 府県 町村
		【方書】	
	フリガナ		【被保険者との続柄】
	氏 名		1 本人 2 届出者と同じ 3 その他 ()
	電 話		
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 親の介護のため <input type="checkbox"/> 判断力の低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 同居親族がいない <input type="checkbox"/> 取りに行く人がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない <input type="checkbox"/> その他 ()		
変更期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
書 類 種 別	国保	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 資格・給付 <input type="checkbox"/> 国保税・納付書	
	後期高齢	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 資格関係 (保険証等) <input type="checkbox"/> 賦課・収納関係 (保険料の通知等) <input type="checkbox"/> 給付関係 (支払い決定通知書等) <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品	
	福祉医療	<input type="checkbox"/> すべて	

委任状

令和 年 月 日

委任者（頼んだ人）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、下記の事項に関する一切の権限を委任します。

代理人（頼まれた人）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

委任事項

- 国民健康保険の届出・申請等に関すること
- 後期高齢者医療制度の届出・申請等に関すること
- 福祉医療の届出・申請等に関すること
- 国民年金の届出・申請等に関すること

職員確認

本人確認書類	A. 1点確認	運転免許証、マイナンバーカード、身体障がい者手帳、()
	B. 2点確認	健康保険証、介護保険証、年金手帳、()
	C. B + 1点	納税通知書、税の領収書、公共料金領収書、通帳、()