

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
介護保険

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】 1 本人 2 届出者と同じ 3 その他 ()
	氏 名		
	電 話		
変更理由		☐入院のため ☐施設入所のため ☐仕事のため ☐親の介護のため ☐判断力の低下のため ☐家庭の事情のため ☐同居親族がいない ☐取りに行く人がいない ☐郵便局対応ができない ☐住民異動届ができない ☐その他 ()	
変更期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
書 類 種 別	国保	☐すべて ☐資格・給付 ☐国保税・納付書	
	後期高齢	☐すべて ☐資格関係（資格確認書等） ☐賦課・収納関係（保険料の通知等） ☐給付関係（支給決定通知書等） ☐医療費通知 ☐後発医薬品	
	福祉医療	☐すべて	
	介護保険	☐すべて	