新温泉町健康福祉課関係書類 送付先(登録･変更･終了)申請書(届出)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長　様

新温泉町長　様

次のとおり、新温泉町健康福祉課関係書類の送付先の（□登録/□変更/□終了）を申請（届出）します。

なお、申請者以外から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合及び新温泉町には一切迷惑をかけないことを確約します。

また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請（届出）いたします。

申請（届出）年月日	年　月　日	申請者等確認書類	確認書類：免・マイ・パ・障・保・介 その他（　　）
申請者等氏名		被保険者との続柄	
申請者住所 （届出者住所）	〒　－ 電話番号（　　）　－		
申請（届出）の理由	□書類管理ができないため　□本人死亡のため　□入院・入所中のため □その他（　　）		
開始日	年　月　日から	※遡及不可	
終了日	□　年　月　日まで □　内容変更（届出）があるまで		
送付書類 (□にレ点を入れてください)	□新温泉町健康福祉課に関わるすべての書類 □一部の書類　※特定の書類の送付先を変更する場合は下記のかっこ内にその書類の種類名を記入してください。【例：後期高齢者医療関係書類のみ】 （　　）		

送付先変更対象者	被保険者番号	国保 後期 介護		性別	男　・　女
	フリガナ 氏名			生年月日	大正・昭和・平成・令和・(西暦) 年　月　日
	住所	〒　－ 電話番号（　　）　－			

変更送付先	フリガナ 氏名		
	住所	〒　－ 電話番号（　　）　－	□申請者住所と同じ（申請者様方） ＿＿＿＿＿＿様方 （その他施設名等）

以下町記入欄

受付日	令和　年　月　日	受付者	
被保険者の意思確認欄	□委任状　□電話確認　□その他(書類確認等) □意思確認不能　（確認者:　　） ～その他確認書類名又は意思確認不能理由等～	登録お知らせ通知差止チェック	□ 理由等(送付すべきでない特別な理由がある場合のみ通知を差し止めます。)