

後期高齢者医療制度

重度心身障害者医療費助成制度 に係る送付先指定（変更・解除）届

令和 年 月 日

石狩市長 様

下記のとおり送付先を指定（変更・解除）したので届け出ます。

記

1 届出者

届出者住所		本人との関係	
届出者氏名	印	電話番号	() -

2 被保険者（受給資格者）

被保険者番号 (受給者番号)		生年月日	年 月 日
フリガナ 氏 名		電話番号	() -
住民登録上 住 所	石狩市		

3 送付先指定（変更）地 届出者と同じ ※ 解除の場合は以下記入不要

住 所	〒
フリガナ 宛 名	
電話番号	() -

4 送付先指定（変更）理由

<input type="checkbox"/> 長期滞在 <input type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難 <input type="checkbox"/> 家庭の事情 <input type="checkbox"/> 成年後見人選任 <input type="checkbox"/> その他 ()
--

ここから下は市処理欄ですので記入しないでください。

送付先設定業務 後期高齢者医療制度 重度心身者医療費助成制度
他業務へ設定依頼あり（介護保険料・その他（ ））

処理事項 後期システム入力 収納システム入力
重度医療入力 一覧入力

上記のとおり決定する。

決 裁 欄	課長	主査	担当	受付	本人確認
					免許証・マイナンバーカード・健康保険証・介護保険被保険者証・ その他 ()