

受付印

## 送付先設定（変更・取消）届出書

被保険者番号									
フリガナ									
氏名								性別	男・女
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)	〒 ー		
	フリガナ			被保険者との続柄
	宛名氏名	様方		
	電話番号	( )		

事由	<input type="checkbox"/> 新規設定	<input type="checkbox"/> 変更届出	<input type="checkbox"/> 取消届出
申請理由			
設定区分	<input type="checkbox"/> 資格管理	<input type="checkbox"/> 賦課管理	<input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 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）

<p>&lt;本人確認&gt;</p> <p>書類名：</p> <p>番号：</p>
--

備考			
----	--	--	--

受付	入力	広域確認