

保険医療課関係書類送付先変更申出書

(新規 ・ 変更 ・ 廃止)

令和 年 月 日

安芸高田市長 様

次のとおり、保険医療課関係書類の送付先の変更を届け出ます。

(届出人)

住 所	〒		
氏 名		電話番号	
本人との関係	1 本人 2 家族(続柄) 3 担当介護支援専門員 4 介護サービス提供事業所 5 その他 ()		

(本人との関係が 3~5 の場合)

所属する事業所名等				
確認を行った親族等	氏名		続柄	

希望される項目全てに☑をしてください。(※☑のない項目は変更の対象とはなりません。)

<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 重度障害者医療	<input type="checkbox"/> 精神障害者医療
被保険者番号:	受給者番号:	受給者番号:
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 乳幼児等医療	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療
被保険者番号:	受給者番号:	受給者番号:
<input type="checkbox"/> 健康長寿課から発送する書類(接種券等)		

(対象者)

氏 名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
現 住 所						

(変更後の送付先)

届出人と同じ住所

送付先住所	〒
方 書	※〇〇様方、特別養護老人ホーム××園内、△△病院内、アパート名 など
電話番号	

(市役所記入欄) 写し交付済み

<input type="checkbox"/> 後期高齢担当 ()	<input type="checkbox"/> 介護保険担当 ()	<input type="checkbox"/> 福祉医療担当 ()	入力	確認	受付
<input type="checkbox"/> 基幹システム ()	<input type="checkbox"/> 標準システム ()				
<input type="checkbox"/> 健康長寿課 (/ BOX in 済)					