

送付先指定届出書

瑞浪市長 様

後期高齢者医療保険
今後、介護保険に係る書類を、下記のとおり送付されるよう届け出ます。
福祉医療費助成

令和 年 月 日

1. 被保険者（受給資格者）

後期高齢者医療保険 被保険者番号			
介護保険 被保険者番号			
福祉医療費助成 受給資格者番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			

2. 届出者 ※ 被保険者（受給資格者）本人の場合は記入不要。

フリガナ		被保険者との続柄
届出者氏名		
住所	〒 —	
電話番号		
届出の理由		

3. 送付先 ※ 届出者と同じ場合は記入不要。

フリガナ		被保険者との続柄
受取者氏名		
住所	〒 —	
電話番号		

※ 市使用欄

後期高齢	介護	福祉医療