

国民健康保険
後期高齢者医療資格確認書等
福祉医療
介護保険

送付先登録申請書

年 月 日

能代市長 様
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規・変更 <input type="checkbox"/> 解除	
	フリガナ		本人との関係
	氏名		
	住所	〒	
	電話番号		

送付先登録者	被保険者番号		介護被保険者番号	
	受給者番号		福祉医療 法別番号	
	住所	〒		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		電話番号	

送付先	宛先	〒	
	フリガナ		被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名		
	電話番号		

申請理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 親の介護のため <input type="checkbox"/> 判断力の低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 同居親族がない <input type="checkbox"/> 取りに行く人がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない <input type="checkbox"/> その他 ()			
申請期間	開始日		終了日	
書類種別	国保	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 資格・給付	<input type="checkbox"/> 国保税・納付書
	後期高齢	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 資格関係 (資格確認書等) <input type="checkbox"/> 賦課・収納関係 (保険料の通知等) <input type="checkbox"/> 給付関係 (支払い決定通知書等) <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品	
	福祉医療	<input type="checkbox"/> すべて		
	介護	<input type="checkbox"/> すべて		

本人確認 (代理人)			担当		
運転免許証	<input type="checkbox"/>	障害者手帳	<input type="checkbox"/>	受付者	
マイナンバーカード	<input type="checkbox"/>	その他 ()	<input type="checkbox"/>		

国民健康保険
後期高齢者医療資格確認書等
福祉医療
介護保険

送付先登録申請書

記載例

年 月 日

能代市長 様
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者	申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規・変更 <input type="checkbox"/> 解除		
	フリガナ	ノシロ ジロウ	本人との関係	子
	氏名	能代 次郎		
	住所	〒018-3192 秋田県能代市二ツ井町字上台1番地1		
	電話番号	0185-73-2111		

送付先登録者	被保険者番号		介護被保険者番号	
	受給者番号		福祉医療 法別番号	
	住所	〒016-8501 秋田県能代市上町1-3		
	フリガナ	ノシロ タロウ		
	氏名	能代 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	電話番号	0185-89-2146

送付先	宛先	〒		
	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	電話番号			

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 親の介護のため <input type="checkbox"/> 判断力の低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 同居親族がない <input type="checkbox"/> 取りに行く人がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない <input type="checkbox"/> その他 ()			
	申請期間	開始日		終了日
書類種別	国保	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 資格・給付 <input type="checkbox"/> 国保税・納付書		
	後期高齢	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 資格関係 (資格確認書等) <input type="checkbox"/> 賦課・収納関係 (保険料の通知等) <input type="checkbox"/> 給付関係 (支払い決定通知書等) <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品		
	福祉医療	<input type="checkbox"/> すべて		
	介護	<input checked="" type="checkbox"/> すべて		

本人確認 (代理人)				担当	
運転免許証	<input checked="" type="checkbox"/>	障害者手帳	<input type="checkbox"/>	受付者	
マイナンバーカード	<input type="checkbox"/>	その他 ()	<input type="checkbox"/>		