

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

令和 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	☐ 新規・変更 ☐ 解除		
	氏名		本人との関係	
	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	
	氏名		☐ 本人 ☐ 届出者と同じ ☐ その他 ()	
	電話番号			

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

本人確認 (代理人)				担当	
運転免許証	☐	障害者手帳	☐	受付者	
マイナンバーカード	☐	その他 ()	☐		

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

記載例

送付先登録申請書

令和 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	☒ 新規・変更 ☐ 解除		
	氏名	能代 太郎		本人との関係 子
	住所	〒016-8501 秋田県能代市上町1-3		
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

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	〒018-3118 能代市二ツ井町字上台1-1		
	フリガナ	ノシロ ハナコ		
	氏名	能代 花子		
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	電話番号	

送付先	宛先	〒 (※以下は届出人とは別のところに送付したい場合にご記入ください)	
	フリガナ		被保険者との続柄
	氏名		☐ 本人 ☐ 届出者と同じ ☐ その他 ()
	電話番号		

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

本人確認 (代理人)				担当	
運転免許証	☐	障害者手帳	☐	受付者	
マイナンバーカード	☐	その他 ()	☐		