国民健康保険

後期高齢者医療資格確認書等

送付先登録申請書

福祉医療

介護保険

　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□本人　　□届出者と同じ□その他（　　　　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 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

送付先登録申請書

福祉医療

介護保険

　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 | ○○○○-○○-○○○○ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ○○年○○月○○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□本人　　□届出者と同じ□その他（　　　　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 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（　　　　　　　） | □ |  |  |