

後期高齢者医療 送付先変更（新規・変更・取消）届

被 保 険 者	保険者番号	39102041	被保険者番号	
	被保険者氏名			
	生年月日		性別	
送 付 先	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名		電話番号	
理 由	(該当する <input type="checkbox"/> にチェックを付けてください)			
	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 被保険者施設入所・入院のため	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため	
		<input type="checkbox"/> 書類等管理者不在のため		
		<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 送付先の人を変更したため	<input type="checkbox"/> 送付先の人が住所変更したため		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 取消し	<input type="checkbox"/> 必要がなくなったため (理由:)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
(あて先) 伊勢崎市長				
上記のとおり、届け出します。				
令和	年	月	日	(〒 -)
				住所
	申請者			被保険者との続柄 ()
	フリガナ			電話番号 ()
	氏名			

	(〒 -)	
	住所	
来庁者		申請者との続柄 ()
(申請書の提出者) 氏名		電話番号 ()
		注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

伊勢崎市確認欄

【受付場所】 赤堀・あずま・境・本庁

【添付書類】

受付	確認	入力	最終確認

被保険者の身分証コピー 代理人の身分証コピー
⇒ 被保険者の身分証がない場合は・・・ e-SUITE

【本庁登録】 e-SUITE 標準システム