

## 後期高齢者医療被保険者証等送付先申請書

記入例

受付印

申請者氏名	広域 花子	本人との関係	妻
申請者住所	金沢市鞍月1丁目1番地	連絡先電話番号	(076) 888-8888

被 保 険 者	被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広域 太郎		
	生年月日	明治・大正・昭和 7年 7月 7日		
	住所	〒920-0968 金沢市幸町12番1号 電話番号 (076) 999-9999		
郵 送 を 希 望 す る 送 付 先	フリガナ	コウイキ ハナコ		
	氏名	広域 花子		
	住所	〒920-8580 金沢市鞍月1丁目1番地 電話番号 (076) 888-8888		
申 請 理 由	被保険者が施設入所中のため			
(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長 上記の理由により、郵送物の送付先を申請します。 令和3年 6月 1日				

## ※市町確認欄

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ( )	