

送付先登録（追加・変更・取消し）申請書

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                              |     |             |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|--------------|
| 被保険者                                                                                                                                                                                                                                                             | 被 保 険 者 番 号                                                                                                                                                  | 氏 名 | 性別          | 生 年 月 日      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                              |     | 男<br>・<br>女 | 年 月 日        |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                              | 町 番地<br>市 丁目 番 号                                                                                                                                             |     |             |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  | (アパート・マンション名、室番号等)                                                                                                                                           |     |             | 電 話 ( )<br>— |
| 登 録 区 分                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 健康づくり                                                                   |     |             |              |
| 登 録 事 由                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し                                                                     |     |             |              |
| 帳 票 管 理 区 分                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 資格管理 (資格確認書等) <input type="checkbox"/> 給付管理 (高額サービス費等) <input type="checkbox"/> 賦課管理 (納入通知書等) <input type="checkbox"/> 徴収管理 (督促催促等) |     |             |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 健康管理 (健康診査通知等)                                                                                                                      |     |             |              |
| 送 付 先<br>(二つ以上登録する<br>場合は裏面に記載)                                                                                                                                                                                                                                  | (フリガナ)<br>(氏 名) _____<br>(住 所) 〒 _____<br>(アパート・マンション名、室番号等)<br>_____                                                                                        |     |             |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 裏面あり<br>電 話 ( ) _____                                                                                                               |     |             |              |
| 上記のとおり送付先登録申請します。<br>令和 年 月 日<br>窓口に来た人 <input type="checkbox"/> 被保険者本人<br><input type="checkbox"/> 同 一 世 帯 員 (被保険者との続柄 )<br><input type="checkbox"/> 代 理 人 (被保険者との続柄 )<br>氏 名 _____<br>住 所 <input type="checkbox"/> 送付先と同じ<br>_____ (アパート・マンション名、室番号等)<br>_____ |                                                                                                                                                              |     |             |              |
| 電 話 ( ) _____<br>(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長・熱海市長                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |     |             |              |

|        |                                                  |
|--------|--------------------------------------------------|
| 代理人の場合 | 私は、上記被保険者の代理人としてこの手続きに関する一切の責任を負います。<br>氏名 _____ |
|--------|--------------------------------------------------|

※申請書を郵送する場合には申請者の本人確認ができる物のコピーを添付してください。

|      |                                    |                                            |
|------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| 確認書類 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人    | <input type="checkbox"/> 運転免許証 (No. _____) |
|      | <input type="checkbox"/> 同 一 世 帯 員 | <input type="checkbox"/> そ の 他 ( _____)    |
|      | <input type="checkbox"/> 代 理 人     |                                            |

|      |    |    |    |    |          |
|------|----|----|----|----|----------|
| 市処理欄 | 受付 | 審査 | 入力 | 点検 | 令和 年 月 日 |
|      |    |    |    |    |          |

## 送付先登録追加欄

|             |                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 登 録 区 分     | <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 健康づくり                                                                                                                                   |
| 登 録 事 由     | <input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し                                                                                                                                     |
| 帳 票 管 理 区 分 | <input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 徴収管理<br>(資格確認書等)      (高額サービス費等)      (納入通知書等)      (督促催促等)<br><input type="checkbox"/> 健康管理<br>(健康診査通知等) |
| 送 付 先       | (氏 名) _____<br>(住 所) 〒 _____<br>(アパート・マンション名、室番号等)<br>_____<br>電 話    (                    )                    —                                                                                                            |
| 登 録 区 分     | <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 健康づくり                                                                                                                                   |
| 登 録 事 由     | <input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し                                                                                                                                     |
| 帳 票 管 理 区 分 | <input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 徴収管理<br>(資格確認書等)      (高額サービス費等)      (納入通知書等)      (督促催促等)<br><input type="checkbox"/> 健康管理<br>(健康診査通知等) |
| 送 付 先       | (氏 名) _____<br>(住 所) 〒 _____<br>(アパート・マンション名、室番号等)<br>_____<br>電 話    (                    )                    —                                                                                                            |
| 登 録 区 分     | <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 健康づくり                                                                                                                                   |
| 登 録 事 由     | <input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 取 消 し                                                                                                                                     |
| 帳 票 管 理 区 分 | <input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 徴収管理<br>(資格確認書等)      (高額サービス費等)      (納入通知書等)      (督促催促等)<br><input type="checkbox"/> 健康管理<br>(健康診査通知等) |
| 送 付 先       | (氏 名) _____<br>(住 所) 〒 _____<br>(アパート・マンション名、室番号等)<br>_____<br>電 話    (                    )                    —                                                                                                            |