送　付　先　届

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	（　　）　　―		

被保険者番号								
被保険者	フリガナ							
	氏　名							
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日						
	住　所	市 郡　　町						
	電話番号	（　　）　　―						

各種通知に関する送付先を次の住所としますので届けます。

区分		送付先								
□	資格	郵便番号	〒				―			
□	賦課	住　所	県（都・道・府）　　市（区・郡）							
□	収納	宛　名（方書）	様方			被保険者との関係				
		電話番号	（　　）　　―							
□	給付	送付先変更期間	平成　　年　　月　　日　以降送付分 ただし、平成　　年　　月　　日 送付分まで							

区分の該当する□に✔をつけてください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　　様

平成　　年　　月　　日

申請者氏名
（被保険者）　　印