別　送　先　届

被保険者	被保険者番号	
	住　　所	多治見市
	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	氏　　名	
	生　年　月　日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日

別送先	〒　　－ 様　方

岐阜県後期高齢者医療広域連合長　様
多治見市長　様

上記の被保険者について、後期高齢者医療制度に係る書類の送付を上記別送先とするよう届出をします。

なお、本件について万一、利害関係人から異議申し立てがあった場合は、私が責任を持って解決し、岐阜県後期高齢者医療広域連合・多治見市に対して一切迷惑をかけないことを確約します。

令和　　年　　月　　日

□　届出人が被保険者または被保険者と同一世帯に属する者の場合

届出人氏名　：

被保険者との関係：

電話番号　：（　　）　　－

□　届出人が被保険者と同一世帯に属さない者の場合

届出人住所　：

届出人氏名　：

被保険者との関係：

電話番号　：（　　）　　－

被保険者署名欄　後期高齢者医療制度に係る書類の送付先の届出を上記届出人に委任します。

氏　　名：

※　この届出には身分を証明できる書類（運転免許証等）の提示が必要となります。

受付	入力		介護保険別送
	広域	市町村	