

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・女	明治 大正 昭和 年 月 日
住所	富士宮市			
	(アパート・マンション名、部屋番号等)			電話 () -
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			
送付先	フリガナ 被保険者との続柄 氏名 _____ 〒 _____ 住所 (アパート・マンション名、部屋番号等) _____ _____ 電話 () -			
<p>上記のとおり送付先登録申請します。なお、この申請は関係者で協議の上行い、この件に関して問題が生じた場合は、下記申請者が一切の責任を負うことを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 _____</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員(被保険者との続柄 _____) <input type="checkbox"/> 代理人(被保険者との続柄 _____) 住所 <input type="checkbox"/> 送付先と同じ </p> <p style="text-align: center;">_____ (アパート・マンション名、部屋番号等)</p> <p style="text-align: center;">電話 () -</p> <p>(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長</p>				

確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (No. _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
------	---	--

処理欄	受付者	広域入力	広域確認	市システム 入力	市システム 紐付	市システム 確認	市システム 紐付確認