後期高齢者医療・福祉医療関係書類　送り先指定申請書

後期高齢者医療 被保険者番号		福祉医療 受給者番号	
氏　　名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
申請理由	□　入院している為 □　施設に入所している為 □　本人死亡の為 □　その他（　　）		
送付を希望する住所	〒 （　　様方）		
電話番号			
期　　間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日		
備　　考			

(あて先) 名張市長

上記の理由により、後期高齢者医療・福祉医療に係る書類の送り先指定を申請します。

令和　　年　　月　　日

住所

申請者　　氏名　　続柄（　　）

電話番号

決裁年月日	令和　　年　　月　　日	本人確認書類
	チェック　　入力	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 その他(　　)